



**VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA  
EKONOMICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA ÚČETNICTVÍ**

**Problematika zdravotního pojištění v České republice  
Issue of Health Insurance in The Czech Republic**

**Student: Michaela Grošaftová**  
**Vedoucí bakalářské práce: Ing. Jiřina Krajčová**

**Ostrava 2013**

## Zadání bakalářské práce

Student: **Michaela Grošaftová**  
Studijní program: B6208 Ekonomika a management  
Studijní obor: 6202R049 Účetnictví a daně  
Specializace: 00 Účetnictví a daně  
Téma: **Problematika zdravotního pojištění v České republice**  
**Issue of Health Insurance in the Czech Republic**

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
  2. Charakteristika zdravotního pojištění v České republice
  3. Vývoj zdravotního pojištění v České republice
  4. Analýza zdravotního pojištění
  5. Závěr
- Seznam použité literatury  
Seznam zkratk  
Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce  
Seznam příloh  
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

KOLEKTIV AUTORŮ. *Abeceda účetnictví pro podnikatele 2012*. 10. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. 440 s. ISBN 978-80-7263-726-3.  
VANČUROVÁ, Alena a Stanislav KLAZAR. *Sociální a zdravotní pojištění – úvod do problematiky*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2008. 121 s. ISBN 978-80-7357-381-2.  
VYBÍHAL, Václav a kol. *Mzdové účetnictví 2012*. 15. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 446 s. ISBN 978-80-247-4101-7.

Formální náležitosti a rozsah bakalářské práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

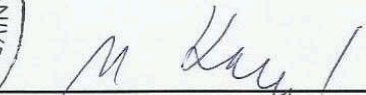
Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Jiřina Krajčová**

Datum zadání: 23.11.2012

Datum odevzdání: 10.05.2013



Ing. Jana Hakalová, Ph.D.  
vedoucí katedry

  
prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová  
děkanka fakulty

„Prohlašuji, že jsem celou práci, vypracovala samostatně, s výjimkou přílohy č. 1, která je formulářem České průmyslové zdravotní pojišťovny.“

V Ostravě dne 10.5.2013.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'grošaftová', is placed on a light green rectangular background.

.....  
Michaela Grošaftová

## Obsah

<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>4</b>
<b>2. CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....</b>	<b>5</b>
2.1 Vymezení plátců pojistného a pojištěnců, jejich práva a povinnosti .....	6
2.2 Platební podmínky.....	7
2.3 Zdravotní pojištění u zaměstnavatele .....	8
2.4 Zdravotní pojištění zaměstnance .....	10
2.5 Zdravotní pojištění hrazené státem .....	14
2.6 Zdravotní pojištění osob samostatně výdělečně činných .....	18
2.7 Osoby bez zdanitelných příjmů.....	22
<b>3. VÝVOJ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE .....</b>	<b>23</b>
3.1 Zdravotní pojištění po roce 1989 .....	23
3.2 Vývoj současných zdravotních pojišťoven v ČR.....	24
3.3 Vývoj zdravotního pojištění v ČR v 90. letech minulého století .....	29
3.4 Vývoj zdravotního pojištění od roku 2000 až do současnosti.....	36
<b>4. ANALÝZA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ .....</b>	<b>43</b>
4.1 Analýza výdajů na zdravotní péči v ČR.....	43
4.2 Systémy zdravotního pojištění v některých zemích EU.....	47
4.2.1 Systém zdravotního pojištění ve Velké Británii.....	47
4.2.2 Systém zdravotního pojištění ve Francii .....	49
4.2.3 Systém zdravotního pojištění na Slovensku.....	50
4.2.4 Ekonomické srovnání zdrojů krytí zdravotní péče mezi jednotlivými státy ...	51
4.3 Návrh řešení současného systému zdravotního pojištění.....	54
<b>5. ZÁVĚR .....</b>	<b>57</b>
<b>Seznam použité literatury.....</b>	<b>58-63</b>
<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>64</b>
<b>Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce</b>	
<b>Seznam příloh</b>	
<b>Přílohy</b>	

# 1. ÚVOD

Zdravotní pojištění nás provází po celý náš život. Při narození je zapotřebí uhradit péči o matku a dítě, ve stáří, kdy zdravotních problémů přibývá, je také nutné mít zajištěnu úhradu zdravotní péče. Abychom dosáhli kvalitní zdravotní péče a měli ji z čeho hradit, je zapotřebí mít propracovaný systém veřejného zdravotního pojištění.

Zdravotní pojištění v České republice (dále jen ČR) je pojištění, které chrání občany před výdaji, které by byli nuceni uhradit při léčení nemoci či úrazu. Pojištění je povinné a je dáno zákonem. Zdravotní pojištění je získáváno od zaměstnanců, zaměstnavatelů, podnikajících osob a ze státního rozpočtu. Je založeno na principu vzájemnosti a solidarity, tudíž osoby, které nejsou schopny toto pojištění hradit mají, v rámci přerozdělení zdrojů na úhradu zdravotní péče, na tuto úhradu nárok. Proto je zdravotní péče dostupná všem občanům ČR, avšak stále je co zlepšovat.

První kapitola bakalářské práce vymezuje základní pojmy v systému zdravotního pojištění jako jsou pojištěnci a plátcí pojistného, jejich práva a povinnosti, výpočet a sazby zdravotního pojištění a také způsob úhrady pojistného.

Druhá kapitola mapuje vývoj zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven od vzniku ČR v roce 1993 až do současnosti. Změny jsou rozděleny do dvou období. Prvním je období 90. let 20. století, kdy se postupně formoval náš systém po změně politického režimu. V dalším období (2000-2013) se systém ustálí do dnešní podoby. Na změny je nahlíženo z hlediska stanovení výše zdravotního pojištění a také z pohledu stanovení pojištěnců a jejich povinností.

V kapitole třetí jsou zanalyzovány zdroje krytí zdravotní péče v ČR. Dále jsou zde představeny systémy zdravotního pojištění některých zemí EU (dále jen Evropská unie) a je provedeno srovnání těchto systémů s naším, z hlediska finančních výsledků. Součástí této kapitoly je i návrh řešení systému zdravotního pojištění v ČR.

Cílem této práce je analýza systému zdravotního pojištění v ČR a návrh pro zlepšení tohoto systému po finanční i formální stránce. Hlavním zdrojem informací jsou hlavní zákony upravující zdravotní pojištění a také odborná literatura. Při zpracování byly použity metody popisu, analýzy a srovnání.

## **2. CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE**

Zdravotní pojištění v ČR podléhá dvěma základním předpisům. Jsou to zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. První z těchto předpisů upravuje rozsah a podmínky úhrady zdravotní péče ze zdravotního pojištění a stanovuje ceny výkonů a léčiv, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Druhý zákon z roku 1992 upravuje výši pojistného, vyměřovací základy, způsoby placení, penále atd.

Zdravotního pojištění se účastní všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR a dále osoby, které zde trvalý pobyt nemají, ale pracují pro zaměstnavatele s trvalým pobytem či sídlem na území ČR. Ze zdravotního pojištění jsou naopak vyňaty osoby, které v ČR vykonávají nelegální práci, které nemají trvalý pobyt v ČR a pracují pro zaměstnavatele, požívajícího diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele, který nemá sídlo na území ČR. Dále jsou to osoby, které dlouhou dobu pobývají v cizině a neplatí pojistné.

Zdravotní pojištění vzniká dnem narození, u osob, které mají trvalý pobyt v ČR, dnem získání zaměstnání, pro osoby bez trvalého pobytu v ČR a nebo dnem získání trvalého pobytu v ČR. Zdravotní pojištění naopak zaniká úmrtím, ztrátou zaměstnání, pro osoby bez trvalého pobytu v ČR nebo ukončením trvalého pobytu v ČR.<sup>1</sup>

System veřejného zdravotního pojištění závisí na existenci zdravotních pojišťoven, které plně nebo částečně hradí zdravotní péči. Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny a dle zákona o veřejném zdravotním pojištění lze pojišťovnu měnit jednou 12 měsíců, a to vždy k 1. lednu následujícího kalendářního roku. Přihlášku nové zdravotní pojišťovně musí pojištěnec (nebo jeho zákonný zástupce) podat nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny, tedy do konce června. Platí zde zásada, že jedna osoba může být vždy pojištěna jen u jedné pojišťovny.

---

<sup>1</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Činnostmi, kterými se zabývají pojišťovny jsou výběr zdravotního pojištění od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, úhrada zdravotní péče, úhrada nákladů za péči i mimo území České republiky (jedná se o komerční zdravotní pojištění, které je nutno individuálně sjednat s pojišťovnou), úhrada částek, které převyšují limit na regulační poplatky a doplatky za léčiva.<sup>2</sup>

**V současné době na území České republiky působí těchto 7 pojišťoven:**

- Všeobecná zdravotní pojišťovna,
- Vojenská zdravotní pojišťovna,
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
- Oborová zdravotní pojišťovna bank a pojišťoven,
- Zdravotní pojišťovna Škoda,
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky,
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

## ***2.1 Vymezení plátců pojistného a pojištěnců, jejich práva a povinnosti***

Aby mohl systém zdravotního pojištění fungovat, je třeba stanovit, kdo odvádí pojistné na zdravotní pojištění. Tyto osoby jsou specifikovány zákonem. V následující podkapitole uvedu všechny plátce a pojištěnce a stručně práva a povinnosti pojištěnců.

**Plátcí** pojistného jsou osoby, které odvádějí zdravotní pojištění příslušným zdravotním pojišťovnám. Plátcem pojistného na zdravotní pojištění je zaměstnavatel, který odvádí pojistné za své zaměstnance, stát platící pojistné za specifickou skupinu osob a za určitých podmínek také pojištěnci.

**Pojištěnec** se stává plátcem pojistného tehdy, je-li je zaměstnancem, který vykonává činnost, z níž mu plynou příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků dle zákona o daních z příjmů,

---

<sup>2</sup> Červinka (2011)



nebo se jedná o osobu samostatně výdělečně činnou (dále jen OSVČ) a nebo je osobou bez zdanitelných příjmů.<sup>3</sup>

Mezi základní **povinnosti pojištěnců** patří plnění oznamovací povinnosti, sdělení zaměstnavateli příslušnost ke zdravotní pojišťovně, hrazení pojistného zdravotní pojišťovně, plnění povinností, které jsou spojené s jeho zdravotní péčí, prokazování průkazem pojištěnce a oznámení změny osobních údajů příslušné zdravotní pojišťovně.

**„Při plnění oznamovací povinnosti je pojištěnec povinen provést:**

- oznámení o nesplnění oznamovací povinnosti zaměstnavatelem, zjistí-li zaměstnanec, že jeho zaměstnavatel tuto povinnost nesplnil, nebo pokud údaje svému zaměstnavateli nesdělil,
- oznámení o zahájení, případně ukončení samostatné výdělečné činnosti (dále jen SVČ) do 8 dnů ode dne zahájení nebo ukončení této činnosti,
- oznámení o skutečnosti, že se stal osobou bez zdanitelných příjmů ( dále jen OBZP ),
- oznámení o skutečnostech rozhodných pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za něho pojistné, pokud je pojištěnec zaměstnán, plní tuto povinnost zaměstnavatel, pokud jsou mu tyto skutečnosti známy,
- registraci dítěte u zdravotní pojišťovny, ve které byla v době porodu pojištěna matka dítěte.“<sup>4</sup>

**Pojištěnec má právo** na výběr zdravotní pojišťovny a poskytovatele zdravotních služeb, na poskytnutí zdravotní péče a její úhradu zdravotní pojišťovnou, na poskytnutí léčiv, bez přímé úhrady a poskytnutí informací zdravotní pojišťovnou o úhradách jeho zdravotní péče.

## **2.2 Platební podmínky**

Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu (dále jen VZ). VZ je částka, ze které se počítá výše pojistného, je u každého plátce nastaven jinak a proto bude popsán u každého

---

<sup>3</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

<sup>4</sup> Červinka (2011, s. 25)

zvlášť v následujících podkapitolách. Výši pojistného si musí plátce vypočítat sám. Pojistné je zaokrouhlováno na celé koruny směrem nahoru. VZ se zjišťuje z rozhodného období, kterým je kalendářní měsíc, za který plátce platí pojistné. OSVČ mají rozhodné období kalendářní rok, za který platí pojistné. Splatnost pojistného je u jednotlivých plátců různá, proto splatnosti uvedu u jednotlivých kapitol dle plátců.

Pojistné, zálohy, nedoplatky, penále a pokuty se hradí v české měně a to na účet zdravotní pojišťovny, hotově, v pokladně příslušné zdravotní pojišťovny, či poštovní poukázkou. Je-li nutné provést přepočtení kurzu, postupuje dle českých zákonů. K přepočtu dochází, pokud je odměna pracovníka v cizí měně, nebo pokud OSVČ stanovuje náklady a výnosy v cizí měně.

V rámci plateb pojistného může vzniknout přeplatek. Ten může vzniknout z několika situací. První situací je vznik přeplatku při nesprávných platbách pojistného, kdy plátce platí vyšší částky než je potřeba, druhou je vznik přeplatku u OSVČ porovnáním výše zaplacených záloh s výší pojistného za kalendářní rok a poslední situace nastává při překročení maximálního VZ v důsledku souběhu více zaměstnání.

Nárok na vrácení přeplatku se promlčí za 5 let od roku, ve kterém vznikl. Přeplatek na pojistném je pojišťovna povinna vrátit do 1 měsíce ode dne, kdy tento přeplatek zjistila. Má-li však plátce jiné závazky u zdravotní pojišťovny, je tento přeplatek primárně určen k jejich úhradě.

Mimo pojistného mohou plátci vzniknout také další závazky vůči zdravotní pojišťovně, které mají sankční charakter. Pokud má plátce více těchto závazků, je nutné dodržet stanovené pořadí splácení těchto závazků. Závazky se hradí v pořadí pokuty, přírážky k pojistnému, nejstarší nedoplatky pojistného, běžné platby pojistného a penále.<sup>5</sup>

### ***2.3 Zdravotní pojištění u zaměstnavatele***

---

<sup>5</sup> Červinka (2011)

Pro účely zdravotního pojištění je dle zákona o daních z příjmů zaměstnavatelem právnická nebo fyzická osoba, která je plátcem příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky a zaměstnává zaměstnance.

Zaměstnavatel je plátcem pojistného za všechny své zaměstnance, je povinen odvést 13,5 % z vyměřovacích základů zaměstnanců té zdravotní pojišťovně, u které jsou zaměstnanci pojištěni. Přičemž, jsou-li zaměstnanci pojištěni u více pojišťoven, odvádí pojistné všem těmto pojišťovnám. Zaměstnavatel nesmí převádět své povinnosti na zaměstnance.

## **1. Oznamovací povinnost zaměstnavatele**

Zaměstnavatel je povinen oznámit příslušné zdravotní pojišťovně začátek či ukončení pracovního poměru zaměstnance, a to nejpozději do 8 dní od této události. Při změně zdravotní pojišťovny zaměstnance, je-li zaměstnavatel o této skutečnosti informován, se zaměstnavatel odhlásí od placení pojistného u původní pojišťovny a přihlásí se k placení pojistného u zdravotní pojišťovny nové. Zaměstnavatel je také povinen oznámit skutečnost, kdy nastává povinnost placení zdravotního pojištění státu. O těchto skutečnostech si zaměstnavatel musí vést evidenci a dokumentaci. Zaměstnavatel provádí oznámení prostřednictvím formuláře „Hromadné oznámení zaměstnavatele.“

## **2. Přehled o platbě pojistného zaměstnavatele**

Zaměstnavatel podává každý měsíc, v období od 1. do 20. dne následujícího měsíce, tzv. „Přehled o platbě pojistného zaměstnavatele“ (Viz. příloha č. 1), který obsahuje součet všech vyměřovacích základů zaměstnanců, jež jsou pojištěni u příslušné zdravotní pojišťovny, úhrnnou výši pojistného, která je součtem pojistného jednotlivých zaměstnanců a dále počet zaměstnanců, za které je přehled podáván.

Do celkového součtu zaměstnanců musí být zahrnuti i ti zaměstnanci, kteří za daný měsíc neměli žádný příjem z důvodu nemoci, mateřské dovolené atd. Pokud má zaměstnanec u daného zaměstnavatele více příjmů současně, je v přehledu uváděn pouze jednou. Zaměstnavatel musí podat přehledy o platbě pojistného všem zdravotním pojišťovnám, u kterých jsou jeho zaměstnanci pojištěni.

Je-li zjištěna jakákoli chyba v již podaných přehledech, podává zaměstnavatel pojišťovně opravný přehled, a to za každý měsíc, ve kterém byla chyba zjištěna.

Zaměstnavatel dále zasílá zdravotní pojišťovně kopie záznamů o pracovních úrazech za předchozí kalendářní měsíc. Na základě těchto záznamů může pojišťovna vyměřit přírážku k pojistnému. Pojišťovna tuto přírážku vyměřuje těm zaměstnavatelům, u nichž došlo v uplynulém kalendářním roce k častému výskytu pracovních úrazů či nemocí z povolání ze stejných příčin, což v důsledku vedlo ke zvýšení nákladů na zdravotní péči. Přírážku lze vyměřit až do výše 5% z podílu na zaměstnavatelem hrazeném pojistném všech zaměstnanců.

### **3. Odvod pojistného za zaměstnance**

Za zaměstnance odvádí pojistné zaměstnavatel, není přípustné, aby si pojistné odváděl zaměstnanec sám. Pokud by tuto zásadu zaměstnavatel porušil, musí zaměstnanec tuto skutečnost neprodleně oznámit zdravotní pojišťovně.

Zaměstnavatel odvádí pojistné ve výši 13,5 % z VZ.

„Základní rozdělení pojistného mezi zaměstnance a zaměstnavatele stanovuje zákon – tj. jedna třetina pojistného (někdy chybně vyjadřovaná procentuálně jako 4,5% z VZ) a dvě třetiny (podobně chybně vyjadřováno procentuálně jako 9 % z VZ). V některých případech však tento základní poměr neplatí (pracovní volno bez náhrady příjmů, neomluvená absence, doplatky do minimálního VZ aj.).“<sup>6</sup>

Pojistné placené zaměstnavatelem je za jednotlivé kalendářní měsíce splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce. Rozhodným obdobím je kalendářní měsíc.

Nastane-li neomluvená nepřítomnost zaměstnance v práci, zahrne se do VZ poměrná část minimální mzdy. Dle zákona je zaměstnanec povinen zaplatit zaměstnavateli částku, kterou za něj zaměstnavatel musí za tuto dobu zaplatit, a to za každý kalendářní den, kdy nastala tato situace.

## **2.4 Zdravotní pojištění zaměstnance**

**Zaměstnancem** se dle zákona o daních z příjmů považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků. Pro účely zdravotního

---

<sup>6</sup> Červinka (2011 s. 51)

pojištění můžeme považovat za zaměstnání pracovní poměr. Dnem rozhodujícím pro oznamovací povinnost je den nástupu zaměstnance do pracovního poměru a tímto dnem zároveň vzniká i povinnost zaměstnavatele platit zdravotní pojištění za zaměstnance. V případě ukončení zaměstnání se jedná o den, kdy zaměstnavateli končí povinnost platit za zaměstnance zdravotní pojištění.

Z pohledu zdravotního pojištění existují specifictví zaměstnanci např. příslušníci silových složek ČR a stání zaměstnanci jsou zaměstnanci, za které odvádí pojistné služební úřad, u kterého je zaměstnanec zařazen k výkonu státní služby. Dále společníci a jednatelé s.r.o. a komanditisté u k.s. jsou účastni na zdravotním pojištění, pokud mají příjmy dle §6 zákona o daních z příjmu. Osoby ve výkonu zabezpečovací detence či vazby nebo osoby ve výkonu trestu, jsou považovány za zaměstnance pro účely zdravotního pojištění, vykonávají-li pravidelný výkon práce, ze který jim přináší příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků dle zákona o daních z příjmu. Pokud v určitém měsíci příjem nemají, nejsou pro účely zdravotního pojištění považováni za zaměstnance. Dalšími zaměstnanci, kteří spadají do této kategorie jsou např. členové zastupitelstev územních samosprávných celků, členové statutárních orgánů právnických osob, soudci, poslanci a senátoři, likvidátoři apod.<sup>7</sup>

Některé osoby, se pro účely zdravotního pojištění za zaměstnance nepovažují, tudíž neodvádí zdravotní pojištění.

#### **Jedná se o:**

- osoby, které mají příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků, ale tyto příjmy nejsou předmětem daně, nebo jsou osvobozeny,
- osoby, pracující na základě dohody o pracovní činnosti, které nepřekročily částku započitatelného příjmu (zde je to částka 2 500 Kč za kalendářní měsíc),
- osoby, pracující na základě dohody o provedení práce (zde se zdravotní pojištění odvede pouze tehdy, přesáhne-li zaměstnanec v kalendářním měsíci částku 10 000 Kč) ,
- žáky a studenty, kteří mají příjmy pouze za práci z praktického výcviku
- členové družstev, kteří vykonávají práci pro družstvo, kteří nepřekročili částku započitatelného příjmu (2 500 Kč, za kalendářní měsíc),

---

<sup>7</sup> Červinka (2011)

- dobrovolní pracovníci pečovatelské služby, kteří opět nepřekročili částku započitatelného příjmu (2 500 Kč, za kalendářní měsíc).<sup>8</sup>

## 1. VZ zaměstnanců

Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů a nejsou od této daně osvobozeny a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním.<sup>9</sup>

Minimálním VZ, ze kterého hradí zaměstnanec zdravotní pojištění je minimální mzda, která je pro rok 2013 8000 Kč. Je-li VZ zaměstnance nižší než minimální mzda, doplácí prostřednictvím zaměstnavatele částku odpovídající 13,5% z rozdílu mezi těmito částkami.

Osoby s těžkým tělesným či mentálním postižením, osoby, které jsou v důchodovém věku, ale nesplňují podmínky pro přiznání důchodu, osoby pečující osobně a řádně o děti, osoby, které jsou současně OSVČ a osoby, za které hradí pojistné stát nemají stanoven tento minimální VZ.<sup>10</sup>

Maximální VZ byl stanoven jako 72násobku průměrné mzdy, avšak pro roky 2013 až 2015 byl tento maximální VZ zrušen zákonem č.500/2012 Sb., o změně daňových, pojistných a dalších zákonů v souvislosti se snižováním schodků veřejných rozpočtů.

## 2. Výpočet pojistného u zaměstnanců

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole 2.3 Zdravotní pojištění u zaměstnavatele, část zdravotního pojištění hradí zaměstnavatel a část zaměstnanec. V následujících příkladech vypočtu výši pojistného, které hradí zaměstnavatel a které zaměstnanec.

---

<sup>8</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

<sup>9</sup> Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

<sup>10</sup> Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

**Příklad 1.** Zaměstnanec vydělal hrubou mzdu ve výši 10 000 Kč a je povinen hradit zdravotní pojištění. Jakou částku odvede z jeho mzdy na zdravotní pojištění zaměstnavatel a jakou částkou se bude podílet zaměstnanec?

Hrubá mzda je ve výši 10 000 Kč.

Sazba zdravotního pojištění je 13,5 %.

Výši pojistného vypočteme takto:  $10\,000 \cdot 0,135 = 1\,350$  Kč.

Z částky 10 000 Kč odvádí zaměstnanec 4,5 % a zaměstnavatel 9 %.

Výpočet zdravotního pojištění zaměstnance je následující  $10\,000 \cdot 0,045 = 450$  Kč. Tuto částku zaplatí zaměstnanec na zdravotní pojištění ze své hrubé mzdy.

Výpočet zdravotního pojištění hrazeného zaměstnavatelem za zaměstnance je

$10\,000 \cdot 0,09 = 900$  Kč. Tuto částku na zdravotní pojištění zaplatí zaměstnavatel za svého zaměstnance. Po sečtení částek 450 Kč a 900 Kč nám vyjde částka 1 350 Kč, která odpovídá částce povinného pojistného, které je třeba odvést.

**Příklad 2.** Zaměstnanec vydělal za měsíc mzdu ve výši 4 500 Kč. Zaměstnanec není osobou, pro kterou by neplatil minimální VZ.

Hrubá mzda je ve výši 4 500 Kč.

Sazba zdravotního pojištění je 13,5 %.

Výši pojistného vypočteme takto:  $4\,500 \cdot 0,135 = 607,5$  Kč, po zaokrouhlení na celé koruny nahoru je to částka 608 Kč.

Z částky 4 500 Kč odvádí zaměstnanec 4,5 % a zaměstnavatel 9 %.

Výpočet zdravotního pojištění zaměstnance je následující  $4\,500 \cdot 0,045 = 202,5$  Kč. Tuto částku zaokrouhlíme na 203 Kč a bude stržena zaměstnanci na zdravotní pojištění.

Výpočet zdravotního pojištění hrazeného zaměstnavatelem za zaměstnance je

$4\,500 \cdot 0,09 = 405$  Kč. Tuto částku na zdravotní pojištění zaplatí zaměstnavatel za svého zaměstnance.

Jelikož je mzda zaměstnance nižší než minimální VZ, musí ještě uhradit 13,5 % z rozdílu mezi minimálním VZ a jeho hrubou mzdou. Výpočet je následující.

Minimální VZ je roven 8000 Kč. Hrubá mzda zaměstnance je ve výši 4 500 Kč. Rozdíl mezi těmito částkami je 3 500 Kč.

13,5 % z částky 3 500 Kč vypočteme takto:  $3\,500 \cdot 0,135 = 472,5$  Kč. Po zaokrouhlení na celé koruny nahoru bude zaměstnanci ještě stržena částka 473 Kč.

Dohromady v tomto případě zaplatí zaměstnanec částku 676 Kč, která odpovídá součtu částek 203 a 473 Kč.

## **2.5 Zdravotní pojištění hrazené státem**

Stát je plátcem pojistného za osoby, které nemohou platit povinný odvod pojistného, ať už z fyzických nebo z finančních důvodů. Tyto osoby mají zákonem stanovený VZ pro pojistné jako částku 5 355 Kč, z čehož stát odvede 13,5 %. Nastane-li situace, kdy není pojištěnec schopen hradit pojistné a dle zákona za něj musí hradit pojistné stát, musí tuto skutečnost pojištěnec oznámit své zdravotní pojišťovně nejpozději do 8 dní od jejího vzniku.

Stát hradí pojistné za níže uvedené osoby.

### **1. Nezaopatřené dítě**

„Za nezaopatřené dítě se podle zákona o státní sociální podpoře považuje dítě do ukončení povinné školní docházky, a poté do 26. roku věku, jestliže:

- se soustavně připravuje na budoucí povolání,
- se nemůže připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc nebo úraz,
- je neschopno z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vykonávat soustavnou výdělečnou činnost.“<sup>11</sup>

Po ukončení povinné školní docházky a po dovršení 18ti let věku, je nezaopatřeným dítětem také ta osoba, která je vedena v evidenci úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání a nemá nárok na podporu v nezaměstnanosti.

### **2. Poživatelé důchodů z důchodového pojištění**

---

<sup>11</sup> Červinka (2011, s. 91)



„Za poživatele důchodu je pro účely zdravotního pojištění považována osoba, které byl přiznán důchod:

- do 31. 12. 1992 podle předpisů České a Slovenské federativní republiky,
- od 1. 1. 1993 podle předpisů České republiky, nebo i podle předpisů Slovenské republiky, ovšem jen pokud byl důchod vypočten s přihlédnutím k době zaměstnání před 1. lednem 1993 u zaměstnavatele se sídlem na území společného státu.

V obou případech jde o důchody podle zákona č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů:

- starobní
- invalidní
- vdovský, vdovecký
- sirotčí (může být přiznán jen nezaopatřenému dítěti).

Za poživatele důchodu se pro účely zdravotního pojištění považuje výše uvedená osoba i v měsících, kdy jí podle předpisů o důchodovém pojištění výplata důchodu nenáleží.<sup>12</sup>

### **3. Ženy na mateřské či rodičovské dovolené**

### **4. Příjemce rodičovského příspěvku**

Jedná se o rodiče, který po celý měsíc osobně, celodenně a řádně pečuje o dítě, které je nejmladší v rodině, a pobírá rodičovský příspěvek dle zákona o státní sociální podpoře.

### **5. Uchazeč o zaměstnání**

---

<sup>12</sup> Článek Za koho platí pojistné stát, portál cpzp, 2013

Stát hradí za uchazeče o zaměstnání pojistné po celou dobu, kdy je registrován na úřadu práce. Nezaregistruje-li se uchazeč na úřadu práce, nebyl-li přijat nebo byl vyřazen, stát za něj pojistné nehradí. Není přípustný souběh evidence na úřadu práce a výdělečné činnosti.

## **6. Osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi**

Zde platí podmínka, že tyto osoby musí mít potvrzeno od plátce dávky pomoci v hmotné nouzi, že nejsou v pracovním ani obdobném vztahu, nevykonávají samostatnou výdělečnou činnost, nejsou v jakémkoli důchodu a nepožívají rodičovského příspěvku.

## **7. Osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby a osoba pečující**

„Jedná se o osoby:

- závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost),
- pečující o osoby závislé na péči jiné osoby ve stupni II, III nebo stupni IV,
- pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost) – platí od 1. ledna 2008.“<sup>13</sup>

U posledních dvou skupin není vyloučen souběh s výdělečnou činností.

## **8. Osoby povolané k vojenskému cvičení**

## **9. Osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody.**

## **10. Příjemci peněz doplňkového penzijního spoření**

---

<sup>13</sup> Červinka (2011, s. 96)

„Jde o příjemce starobní penze na určenou dobu, doživotní penze nebo penze na přesně stanovenou dobu s přesně stanovenou výší důchodu podle zákona upravujícího doplňkové penzijní spoření do dosažení věku potřebného pro vznik nároku na starobní důchod.“<sup>14</sup>

#### **11. Mladiství, umístění ve školských zařízeních pro výkon ustavní výchovy a ochranné výchovy**

Jedná se o mladistvé umístěné v těchto zařízeních, které nelze zařadit mezi nezaopatřené děti. Běžně je uváděno, že mladistvým je osoba mladší 18 let, avšak podle trestního zákona je možné v zájmu chovance prodloužit ochrannou výchovu do 19 let, toto opatření rozhoduje soud.

#### **12. Osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu**

Za podmínky, že službu vykonává na základě smlouvy s vysílající organizací, která má udělenou akreditaci od Ministerstva vnitra a službu vykonává v rozsahu přesahujícím v průměru alespoň 20 hodin v týdnu. Dále nesmí být plátcem pojistného z titulu zaměstnání, OSVČ a ani za něj nesmí platit pojistné stát z jiného důvodu.

#### **13. Cizinci, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany podle zvláštního právního předpisu, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze SVČ<sup>15</sup>**

#### **14. Žadatel o udělení azylu a jeho dítě narozené na území, cizinec, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu, a jeho dítě narozené na území, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze SVČ<sup>16</sup>**

#### **15. Osoba s trvalým pobytem na území České Republiky**

---

<sup>14</sup> Článek Za koho platí pojistné stát, portál cpzp, 2013

<sup>15</sup> Článek Za koho platí pojistné stát, portál cpzp, 2013

<sup>16</sup> Článek Za koho platí pojistné stát, portál cpzp, 2013

Osoba s trvalým pobytem na území České republiky, která není plátcem pojistného jako zaměstnanec ani jako OSVČ a je příjemcem dávek nemocenského pojištění, po ukončení zaměstnání, protože onemocněly ještě v průběhu zaměstnání, nebo v ochranné lhůtě po jeho skončení. Také za ni nesmí platit stát pojistné z jiného důvodu.

**16. Osoby celodenně, osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku.**

Této osobě, hradí pojištění stát, nemá-li příjmy ze zaměstnání či SVČ. Pokud však takové příjmy má, nemusí dodržet minimální VZ. Celodenní, osobní a řádná péče je splněna tehdy, pokud dítě není svěřeno do péče jiné osoby, není umístěno v zařízení s týdenním či celoročním pobytem, nebo předškolní dítě není umístěno v jeslích či podobných zařízeních, či dítě plnící povinnou školní docházku není umístěno ve školním či obdobném zařízení po dobu přesahující návštěvu školy.

Do této kategorie spadá pouze jedna osoba, a to otec, matka či osoba, která má dítě v trvalé péči nahrazující péči rodičů.

**17. Osoba důchodového věku**

Je-li invalidní ve III. stupni nebo dosahuje věku pro nárok na starobní důchod, ale nesplňuje podmínky pro uznání důchodu pro invaliditu III. stupně nebo starobního důchodu, protože nemá odpracovány předepsané roky. Předepsáno je, že tato osoba nesmí mít příjmy ze zaměstnání, ze SVČ a nesmí požívat žádný důchod z ciziny nebo tento důchod nesmí měsíčně přesahovat částku ve výši minimální mzdy.

## ***2.6 Zdravotní pojištění osob samostatně výdělečně činných***

„Dalšími plátcí jsou OSVČ, za OSVČ se pro účely zdravotního pojištění považují:

- osoby podnikající v zemědělství,
- osoby provozující živnost,
- osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů,
- osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů (mimo příjmů zdaňovaných zvláštní sazbou daně přímo u zdroje),
- společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností,
- osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních předpisů,
- osoby vykonávající činnost mandátáře na základě mandátní smlouvy uzavřené podle obchodního zákoníku, pokud není považována za zaměstnání a mandátní smlouva nebyla uzavřena v rámci jiné SVČ,
- spolupracující osoby OSVČ, pokud podle zákona o daních příjmu lze na ně rozdělovat příjmy dosažené výkonem spolupráce a výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení.<sup>17</sup>

## 1. Povinnosti OSVČ

OSVČ je povinna oznámit své zdravotní pojišťovně vznik a zánik výdělečné činnosti, a to do 8 dnů od skutečnosti, kdy výdělečnou činnost zahájila či ukončila. Přehled o příjmech a výdajích ze SVČ musí OSVČ podat do měsíce od doby, kdy měla podat daňové přiznání. Pokud daňové přiznání zpracovává daňový poradce, je tato povinnost odložena o tři měsíce. Nastane-li jakákoli změna v oblasti identifikačních údajů, je nutné tuto změnu pojišťovně také ohlásit. OSVČ je povinna na vyžádání pojišťovny předložit účetní doklady pro kontrolu odvodu pojistného.

## 2. Platby a zálohy

---

<sup>17</sup> Červinka (2011, s. 98)

OSVČ platí pojistné 13,5 % z VZ. Vyměřovacím základem u OSVČ je 50 % příjmů z podnikání a z jiné SVČ, a to po odečtení výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení.

Platba pojistného probíhá formou záloh na pojistné a případným doplatkem. Zálohy hradí OSVČ od 1. dne měsíce, za který se pojistné hradí, do 8. dne měsíce následujícího. Vznikne-li doplatek pojistného, je OSVČ povinna doplatit tento doplatek do 8. dní od podání Přehledu o příjmech a výdajích ze SVČ.

Některé OSVČ zálohy na pojistné, neplatí jedná se o:

- OSVČ, která je zároveň zaměstnancem a tudíž je samostatná výdělečná činnost činností vedlejší. Zároveň musí být v zaměstnání odváděno alespoň minimální pojistné,
- OSVČ, která podniká prvním rokem a zároveň je plátcem pojistného stát,
- OSVČ, která je po celý kalendářní měsíc uznána práce neschopnou nebo jí byla nařízena karanténa dle zvláštních právních předpisů,
- OSVČ, která nemá stanoven minimální VZ a její rozdíl mezi příjmy a výdaji je nulový,
- OSVČ, která v předchozím kalendářním roce dosáhla maximálního VZ v zaměstnání či v souběhu zaměstnání.<sup>18</sup>

### **3. VZ a výpočet pojistného**

VZ OSVČ je 50 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Pro OSVČ platí také minimální VZ, který odpovídá 12násobku 50% průměrné mzdy, což je částka 155 304 Kč za rok a tudíž 12 942 Kč za měsíc. Pokud je VZ OSVČ nižší než minimální VZ, musí OSVČ zaplatit pojistné z minimálního VZ. Minimální měsíční záloha pro rok 2013 odpovídá částce 1 748 Kč.

Minimální měsíční zálohu vypočteme jako 13,5 % z minimálního měsíčního VZ takto:  
 $12\,942 \cdot 0,135 = 1\,747,17$  Kč, po zaokrouhlení nám vyjde částka 1 748 Kč. Minimální VZ neplatí pro osoby s těžkým tělesným či mentálním postižením, osoby, které jsou

---

<sup>18</sup> Červinka (2011)

v důchodovém věku, ale nesplňují podmínky pro přiznání důchodu, osoby pečující osobně a řádně o děti, osoby, které jsou současně zaměstnanci a osoby, za které hradí pojistné stát.<sup>19</sup>

Maximální VZ ve výši 72násobku průměrné mzdy, byl pro roky 2013 až 2015 také zrušen zákonem č.500/2012 Sb., o změně daňových, pojistných a dalších zákonů v souvislosti se snižováním schodků veřejných rozpočtů. V následujícím příkladu provedu výpočet pojistného na zdravotní pojištění, které odvádí OSVČ.

**Příklad 1.** OSVČ má za rok 2012 příjmy z podnikání, po odpočtu výdajů, ve výši 151 450 Kč. Za rok 2012 neodváděla zálohy na pojistné, jelikož podniká první rok a je zároveň student. Jaký bude doplatek na pojistné za rok 2012 a jaká bude výše záloh na rok 2013?

Celkové příjmy jsou 151 450 Kč.

VZ, což je polovina z celkových příjmů, vypočteme takto:  $151\,450 \cdot 0,5 = 75\,725$  Kč.

Pojistné bude hradit ve výši 13,5 % z VZ. Tudíž  $75\,725 \cdot 0,135 = 10\,222,875$  Kč, po zaokrouhlení 10 223 Kč.

Jelikož OSVČ nehradila žádné zálohy, musí tento doplatek zaplatit zdravotní pojišťovně a to do 8 dnů po podání Přehledu o příjmech a výdajích.

Zálohy na další rok vypočteme jako podíl doplatku a dvanácti kalendářních měsíců.

$10\,223 : 12 = 851,916$ , po zaokrouhlení 852 Kč. Jelikož je OSVČ také student a platí za něj pojistné stát, neplatí pro něj minimální VZ a zálohy pro rok 2013 budou tedy odpovídat částce 852 Kč za měsíc.

---

<sup>19</sup> Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

## 2.7 Osoby bez zdanitelných příjmů

Mezi osoby bez zdanitelných příjmů (dále jen OBZP) patří osoby, které nemají příjmy ze zaměstnání nebo SVČ a není za ně plátcem pojistného stát. Tyto skutečnosti musí trvat po celý kalendářní měsíc. OBZP si platí sami pojistné na zdravotní pojištění a to ve výši 13,5 % z VZ, což je minimální mzda v daném měsíci, za který pojistné hradí. Platby pojistného musí být uhrazeny od 1. dne měsíce, za který se pojistné počítá, do 8. dne měsíce následujícího. OBZP také musí plnit ohlašovací povinnost, což znamená, že musí do 8. dní ode dne, kdy se stal OBZP, nahlásit tuto skutečnost pojišťovně. OBZP jsou např. studenti, kteří studují pouze na jazykových školách, studenti, kteří nenastoupí po prázdninách do práce a ani nezačnou podnikat, nezaměstnaní, kteří se nenahlásí na úřad práce atd.<sup>20</sup>

Minimální mzda je v současné době 8 000 Kč za měsíc. Tudíž platba OBZP na zdravotní pojištění se vypočítá takto:

$$8\,000 \cdot 0,135 = 1\,080 \text{ Kč}$$

OBZP tedy za každý měsíc, kdy spadá do této kategorie uhradí zdravotní pojišťovně částku 1 080 Kč.

---

<sup>20</sup> Červinka (2011)



### 3. VÝVOJ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Pojištění se vyvíjí již od dob starověkého Egypta, kdy tehdejší dělníci přispívali do společného fondu, který sloužil pro krytí případných pohřbů. Další vývoj byl zaměřen na přímém vztahu mezi lékařem a pacientem, kdy pacient zaplatil lékaři za poskytnuté služby ihned po jejich provedení. Těm, kteří na úhradu zdravotní péče neměli prostředky, byla péče poskytována na úrovni charitativní, tuto funkci zastávala nejčastěji církev. Systém zdravotnictví, založený na povinném pojištění zaměstnanců vznikl v druhé polovině 19. století v habsburské monarchii. Za časů Československa (1918-1938) existovalo mnoho typů zdravotních pojišťoven jedna veřejná a nespočet oborových. Tento model skončil s nástupem komunismu, kdy bylo zavedeno financování zdravotní péče státem, který finance získával z daní. Tento systém však nebyl dlouhodobě udržitelný, jelikož stát potřeboval peníze i na jiná odvětví. Přístroje a vybavení v nemocnicích byly zastaralé a kvalita zdravotní péče se snižovala. Po roce 1989 bylo zapotřebí navrhnout nový model úhrady zdravotnické péče a proto vznikl systém zdravotního pojištění jak ho známe dnes. Následující kapitola popíše vývoj zdravotního pojištění v ČR od jejího vzniku a dále souběžný vývoj ZP na Slovensku.

#### **3.1 Zdravotní pojištění po roce 1989**

Po roce 1989 byl prosazen návrh, že systém zdravotního a nemocenského pojištění bude rozdělen. Toto ustanovení odlišuje náš systém zdravotního pojištění od modelu, který byl využíván za první republiky, ale také od modelů běžně užívaných v západoevropských státech. Základními dokumenty, které byly přijaty pro zavedení ZP byly **Zákon České národní rady č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění** a **Zákon České národní rady č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky**. Původním záměrem bylo zavést všeobecné zdravotní pojištění až od 1.1.1993, avšak nakonec bylo všeobecné zdravotní pojištění zavedeno již 1.1.1992. Tento systém však nebyl plně připraven a vedl k mnoha komplikacím, proto byl také zákon č. 550/1991 Sb. v roce 1997 nahrazen **Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů**. V roce 1992 pak byl přijat další zákon, a to **Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění**.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Vepřek (2002)

První pojišťovnou ČR se stala v roce 1992 Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP), poté vznikly také další zdravotní pojišťovny, a to resortní, oborové a zaměstnanecké. V rámci nezkušenosti zakládajících manažerů, nedostatečnosti legislativy a monopolního postavení VZP, však některé pojišťovny v průběhu 90. let zanikly. Zbylé pojišťovny zajistily velký odliv pojištěnců od VZP, čímž došlo k oslabení jejího postavení v rámci všeobecného ZP.<sup>22</sup> Následující Tabulka 3.1 zobrazuje vývoj počtu pojišťoven působících v ČR od roku 1993 až do současnosti.

**Tabulka 3.1**

Rok	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Počet pojišťoven	19	26	27	24	4	11	11
Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Počet pojišťoven	9	9	9	9	9	9	9
Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet pojišťoven	9	9	9	9	8	8	7

**Zdroj:** vlastní zpracování

## 3.2 Vývoj současných zdravotních pojišťoven v ČR

### 1. Všeobecná zdravotní pojišťovna

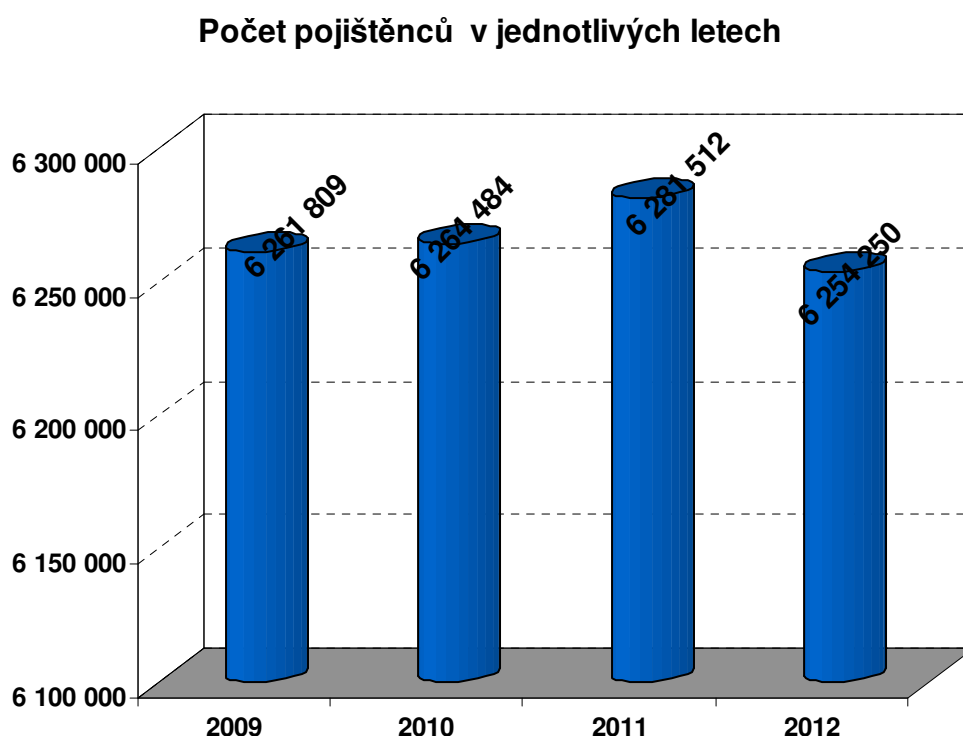
V roce 1992 zahájila svou činnost Všeobecná zdravotní pojišťovna, avšak finanční prostředky na úhradu zdravotní péče na ni stále převáděl stát. Teprve až od r. 1993 byl zahájen výběr ZP od pojištěnců. VZP je označována kódem 111, má celostátní působnost a jejího ředitele volí a odvolává Poslanecká sněmovna. V roce 2011 se VZP sloučila se zdravotní pojišťovnou Média, která od svého vzniku v roce 2009 nenaplnila potřebný počet klientů.

V současné době má VZP přes 6,2 milionů pojištěnců. Vývoj počtu klientů VZP od roku 2009 znázorňuje následující Graf 3.1.<sup>23</sup>

<sup>22</sup> Vepřek (2002)

<sup>23</sup> portál vzp, 2013

Graf 3. 1



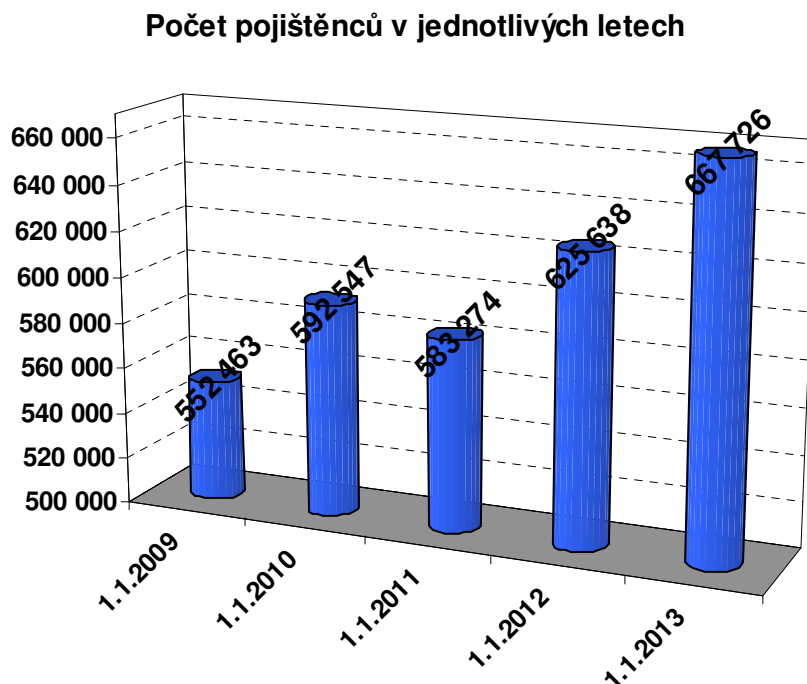
Zdroj: portál vzp, 2013 a vlastní zpracování

## 2. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR(dále jen VoZP ČR) je resortní zdravotní pojišťovnou, je označována kódem 201 a spolupracuje s Ministerstvem obrany ČR a Armádou ČR. Vznikla v roce 1992 a činnost poskytování veřejného ZP provádí od 1.1.1993. U VoZP ČR jsou povinně pojišťováni vojáci v základní službě, činné službě a také žáci vojenských škol, připravující se na vojenskou službu z povolání. VoZP ČR má specifický vztah k Armádě ČR, který je dán zákonem č. 15/1993 Sb., o Armádě ČR. V roce 1997 přešla na VoZP pojišťovna Crystal. VoZP ČR působí na českém trhu již 20 let a počet jejích pojištěnců se neustále zvyšuje. Jako jedna z mála pojišťoven u nás si stále drží kladný hospodářský výsledek a tím zvyšuje svou důvěryhodnost pro další případné klienty. K 1.1.2013 dosáhla VoZP ČR 667 726ti klientů, rostoucí počet klientů od roku 2009 znázorňuje následující Graf 3.2.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> portál vozp, 2013

Graf 3. 2



Zdroj: portál vozp, 2013 a vlastní zpracování

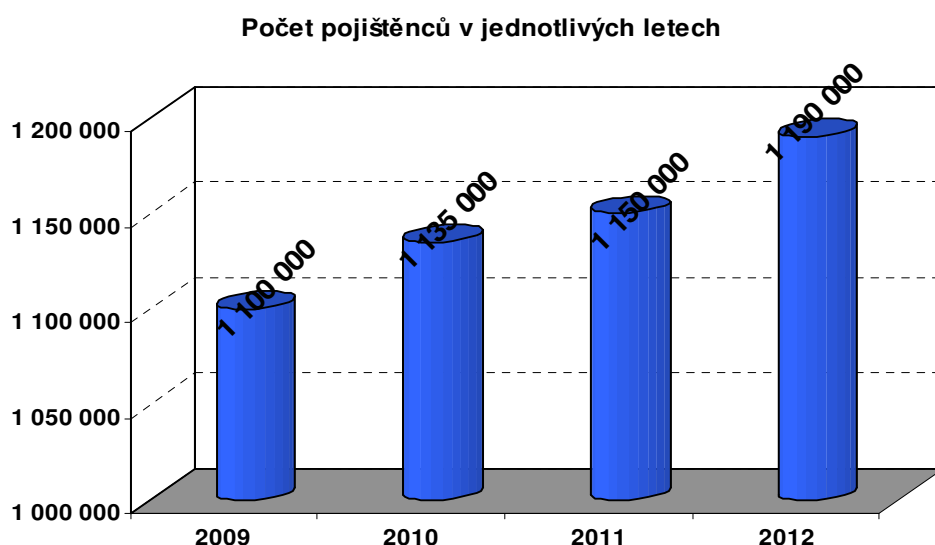
### 3. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR(dále jen ZPMV ČR) vznikla v roce 1992 jako zaměstnanecká pojišťovna. ZPMV ČR je označována kódem 211 a je přístupná všem obyvatelům ČR. Poskytuje jak úhradu zdravotní péče hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, tak další možnosti využití komerčního pojištění jako je např. cestovní a úrazové pojištění. ZPMV ČR má rozsáhlou síť pracovišť pro zajištění péče o své klienty, jejichž počet rok od roku narůstá. V roce 1997 se ZPMV ČR sloučila se zdravotní pojišťovnou GRÁL-Železniční zdravotní pojišťovnou a v roce 1998 s Regionální zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou. Tyto skutečnosti přinesly další nové klienty. Vývoj počtu klientů od roku 2009 zobrazuje následující Graf 3.3.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> portál zpmvcr, 2013

Graf 3.3



**Zdroj:** portál zpmvcr, 2013 a vlastní zpracování

V současné době se spekuluje o sloučení VoZP a ZPMV ČR, bude-li prosazen nový zákon o zdravotních pojišťovnách, mohla by tato fúze proběhnout již v roce 2014.

#### **4. Oborová zdravotní pojišťovna**

Oborová zdravotní pojišťovna (dále jen OZP) vznikla v říjnu roku 1992, kdy byla založena Svazem bank a pojišťoven. Je označována kódem 207. Primárně byla určena pro zaměstnance bank, pojišťoven a podobných oborů, později slouží i pro širokou veřejnost. V roce 2000 se OZP sloučila se stavební zdravotní pojišťovnou STAZPO, od které převzala zhruba 60 000 klientů. Mezi zakládající subjekty se tedy přidali i Oborový svaz Stavba a Svaz podnikatelů ve stavebnictví ČR. Počty pojištěnců OZP se postupně zvyšují. V roce 2009 měla OZP 684 428 klientů, v roce 2010 - 695 100, 2011 – 695 893 a v roce 2012- 700 300.<sup>26</sup> V současné době počty klientů u všech zdravotních pojišťoven stagnují jelikož od 1.12.2011 je, dle novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, možné změnit zdravotní pojišťovnu pouze jednou za 12 měsíců a to vždy k 1.1., přičemž pojištěnec musí podat zdravotní pojišťovně přihlášku nejpozději 6 měsíců před plánovaným datem přechodu.

---

<sup>26</sup> portál ozp, 2013

## **5. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (dále jen ČPZP) je označena kódem 205 a vznikla v roce 1992 pod názvem Hutnická zaměstnanecká pojišťovna (dále jen HZP). Dle rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR se v roce 1996 HZP sloučila se Zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou ATLAS. V roce 2009 se HZP dále propojila s pojišťovnou AGEL a s Českou národní zdravotní pojišťovnou a od tohoto roku také užívá název Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. Sloučením se zdravotní pojišťovnou METAL-ALIANCE v roce 2012 se ČPZP stala 2. největší zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou v ČR. Počet klientů ČPZP v minulosti vždy prudce vzrostl právě díky těmto sloučením, např. spojení s pojišťovnou AGEL v roce 2009 přineslo ČPZP až 430 000 klientů. Za rok 2009 měla ČPZP již 727 599 pojištěnců, v roce 2011 739 500 pojištěnců a v roce 2012 po sloučení se zdravotní pojišťovnou METAL-ALIANCE se počet klientů přehoupl přes miliónovou hranici na 1 170 000 pojištěnců.<sup>27</sup>

## **6. Revírní bratrská pokladna**

Revírní bratrská pokladna zdravotní pojišťovna (dále jen RBP) vznikla v roce 1993, je označována kódem 213 a řadí se do skupiny zaměstnaneckých pojišťoven. RBP byla založena organizacemi, které jsou převážně spojeny s těžbou uhlí. Nejvýznamnější organizací je jistě OKD Ostrava, a. s., dalšími pak jsou např. DPB Paskov nebo Ferrum Frýdlant n. O., a. s. V roce 1996 se RBP sloučila s Moravskou zdravotní pojišťovnou a její pole působnosti se rozrostlo z původní oblasti severní Moravy a Slezska i na oblast střední Moravy. RBP má mimo jiné historii sahající až do 19. století, kdy poskytovala hornické pojištění. Počet pojištěnců RBP v jednotlivých letech stoupá a zase klesá, nejedná se však o nijak velké výkyvy. V roce 2009 měla RBP 415 759 pojištěnců, v roce 2010 po mírném poklesu 414 192, v roce 2011 se počet opět zvýšil a to na 414 828 pojištěnců a v roce 2012 jich bylo 415 819.<sup>28</sup>

## **7. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda**

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (dále jen ZPŠ) je zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou a byla zřízena v roce 1992 Ministerstvem práce a sociálních věcí na žádost společnosti

---

<sup>27</sup> portál cpzp, 2013

<sup>28</sup> portál rbp-zp, 2013

Škoda auto, a. s. V prvopočátku poskytovala pojištění pouze zaměstnancům společnosti a jejich rodinným příslušníkům, ale postupně se rozvinula na regionální zdravotní pojišťovnu. ZPŠ působí především ve Středočeském kraji, ale jejím klientem se může stát každý občan České republiky. Počty pojištěnců ZPŠ se v jednotlivých letech vyvíjejí směrem nahoru a od roku 2009, kdy měla ZPŠ 133 364 pojištěnců, se jejich počet zvýšil na počet 137 220 za rok 2012.<sup>29</sup>

### ***3.3 Vývoj zdravotního pojištění v ČR v 90. letech minulého století***

Po vzniku ČR v roce 1993 byly hlavními zákony upravující veřejné zdravotní pojištění zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Tyto dva zákony bylo nutné upravit z důvodu rozdělení České a Slovenské republiky a také kvůli novému způsobu výpočtu a výběru zdravotního pojištění.

V této části své práce uvedu některé změny těchto zákonů.

#### **1. Změny od 1.1.1993**

První zásadní změnou byl zákon č. 10/1993 Sb., o státním rozpočtu České republiky na rok 1993, o změně a doplnění některých zákonů České národní rady a některých dalších předpisů, který výrazně upravil VZ u plátců pojistného a tím tedy zákon č. 592/1992 Sb. Tento zákon nabyl účinnosti dne **1.1.1993**.

U zaměstnanců, za které je současně plátcem pojistného stát, **byl původně VZ 70 % minimální mzdy**. Novým nařízením se tento VZ stanovil jako **částka, která přesahuje 77 % minimální mzdy**. V roce 1993 byla minimální mzda 2200 Kč. Má-li plátce mimo zaměstnání i příjmy z podnikání a z jiné SVČ, musí odvést ZP ze všech těchto příjmů.<sup>30</sup>

Osoby samostatně výdělečně činné měly nejprve VZ stanoven jako **příjmy z podnikání nebo z jiné SVČ** podle zákona o daních z příjmů, snížené o výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení příjmu. Minimálním vyměřovacím základem z této činnosti byl 24násobek minimální mzdy a maximální VZ byl 540 000 Kč.<sup>31</sup> Nový VZ byl stanoven jako **„45 % z**

---

<sup>29</sup> portál zpskoda, 2013

<sup>30</sup> Zákon č. 592/1992 Sb. a zákon č. 10/1993 Sb.

<sup>31</sup> § 3 odst. 3 zákona č. 592/1992 Sb.

**příjmů z podnikání a z jiné samostatně výdělečné činnosti** podle zákona o daních z příjmů, snížených o výdaje vynaložené na dosažení, zajištění a udržení příjmu. Minimálním vyměřovacím základem se rozumí dvanáctinásobek minimální mzdy a maximální VZ je 540000 Kč. Má-li osoba, za kterou je plátcem stát příjmy z podnikání a z jiné SVČ, je u ní vyměřovacím **základem 45 % částky přesahující, po odpočtu výdajů vynaložených na dosažení, zajištění a udržení příjmu, dvanáctinásobek 77 % minimální mzdy**“<sup>32</sup>

U osoby bez zdanitelných příjmů byl minimální VZ dvojnásobek **minimální mzdy** po novelizaci už pouze **minimální mzda**.

Osoby s příjmy z kapitálového majetku, příjmy z pronájmu nebo s ostatními příjmy, měly stanoven VZ jako **tyto příjmy** snížené o výdaje, které byly vynaloženy na jejich dosažení a minimálním vyměřovacím základem byl dvacetičtyřnásobek minimální mzdy. Po novelizaci byl VZ nejméně **45 % z těchto příjmů**, které byly sníženy o výdaje vynaložené na jejich dosažení a minimálním vyměřovacím základem byl dvanáctinásobek minimální mzdy.

## 2. Změny od 1.7.1993

Další důležitou změnou bylo vydání nového zákona č. 161/1993 Sb., o změnách ve všeobecném zdravotním pojištění a o změnách a doplnění některých dalších zákonů. Tento zákon nabyl účinnosti dne **1.7.1993**.

V rámci celého zákona č. 550/1991 Sb. byla nahrazena slova **potřebná zdravotní péče**, na **péče plně nebo částečně hrazená zdravotním pojištěním**. Díky této úpravě se celý § 1 který zněl „Tento zákon upravuje všeobecné zdravotní pojištění (dále jen „zdravotní pojištění“), na jehož základě je poskytována **potřebná zdravotní péče bez nutnosti její přímé úhrady** v rozsahu stanoveném tímto zákonem a Zdravotním řádem.“,<sup>33</sup> nahradil zněním „Tento zákon upravuje všeobecné zdravotní pojištění (dále jen "zdravotní pojištění"), na jehož základě je poskytována **zdravotní péče plně nebo částečně hrazená zdravotním pojištěním** v rozsahu stanoveném tímto zákonem a Zdravotním řádem.“<sup>34</sup>

Jelikož došlo ke vzniku samostatné České republiky, bylo nutné vyjmout ze zákona název Česká a Slovenská Federativní Republika a nahradit jej názvem Česká republika. V důsledku

---

<sup>32</sup> § 24 zákona č. 10/1993 Sb.

<sup>33</sup> § 1 Zákona č. 550/1991 Sb.

<sup>34</sup> Čl. I, bod 1. zákona č. 161/1993 Sb.



této úpravy došlo k výraznému zkrácení některých paragrafů a tím i ke zlepšení jejich interpretace.

Byl zde definován pojem osoby, která se považuje za osobu v pracovním či obdobném poměru. Toto vymezení dosud chybělo a bylo ustanoveno v § 6, kde se vymezují plátcí pojistného. Zní následovně.

„Za osoby v pracovním nebo obdobném poměru se vedle pracovníků v pracovním poměru dále považují:

- a) pracovníci činní v poměru, který má obsah pracovního poměru, avšak není takto označen nebo nemá všechny náležitosti předepsané pro vznik pracovního poměru,
- b) pracovníci činní na základě dohody o pracovní činnosti,
- c) členové družstev, jestliže nejsou v pracovněprávním vztahu k družstvu, ale vykonávají pro družstvo práci, za kterou jsou jím odměňováni,
- d) společníci společností s ručením omezeným a komanditisté komanditní společnosti, jestliže nejsou v pracovněprávním vztahu k této společnosti, ale vykonávají pro ni práci, za kterou jsou touto společností odměňováni,
- e) poslanci zákonodárského sboru,
- f) členové obecních zastupitelstev, kteří vykonávají funkci dlouhodobě uvolněných členů obecního zastupitelstva,
- g) členové vlády a vedoucí ostatních ústředních orgánů státní správy České republiky,
- h) soudci,
- i) prokurátoři,
- j) prezident, viceprezident a členové prezidiální rady Nejvyššího kontrolního úřadu České republiky,
- k) vojáci z povolání, příslušníci Policie České republiky, příslušníci Vězeňské služby České republiky a příslušníci ostatních ozbrojených bezpečnostních sborů a bezpečnostních služeb,
- l) interní vědečtí aspiranti,
- m) dobrovolní pracovníci pečovatelské služby,
- n) pěstouni, kteří vykonávají pěstounskou péči ve zvláštních zařízeních
- o) osoby ve výkonu trestu odnětí svobody.
- p) osoby se změněnou pracovní schopností připravující se na pracovní uplatnění, pokud jsou účastni nemocenského pojištění (zabezpečení) podle předpisů o nemocenském pojištění (zabezpečení).“<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Čl. I bod 8. zákona č. 161/1993 Sb.

Dále se do § 6 odst. 4 přidaly písm. k a l, kde jsou nově uvedeny osoby, za které je plátcem pojistného stát, jsou to „osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují další podmínky pro jeho přiznání a osoby, které celodenně osobně a řádně pečují alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně dvě děti do 15 let věku.“<sup>36</sup>

Zákon č. 592/1992 Sb. byl také novelizován a opět byly upraveny některé VZ. U OSVČ byl VZ upraven **na 35 % z příjmů z podnikání** a JSVČ, který je snížen o výdaje zajišťující tyto příjmy. Minimální VZ zůstal jako dvanáctinásobek minimální mzdy, avšak maximální VZ se **změnil na částku 486 000 Kč.**<sup>37</sup>

Nově se v §3 odst.2 zákona č. 592/1992 Sb. uvádí, že pokud VZ zaměstnance nedosahuje minimálního VZ, což je minimální mzda, musí zaměstnanec doplatit zdravotní pojišťovně pojistné ve výši **13,5 % z rozdílu** mezi těmito částkami.

Osoby s příjmy z kapitálového majetku již **nemají VZ 45% z příjmů** snížených o výdaje, **ale pouze 35%** a stejně jako u OSVČ se maximální VZ **mění na 486 000 Kč.**<sup>38</sup>

Byl přidán nový odstavec č. 1 §7 zákona č. 592/1992 sb., který stanovuje že OSVČ hradí pojistné zálohami na pojistné a doplatky pojistného, přičemž doplatek musí být splacen v den podání daňového přiznání. Zvýšilo se také penále při pozdní platbě pojistného **z 0,1% dlužné částky** za den **na 0,3%** dlužné částky za den.<sup>39</sup>

Dále byl rozšířen odstavec, který obsahuje nezapočitatelné příjmy do VZ zaměstnanců. Jeho rozšíření zobrazuje následující Tabulka 3.2.

---

<sup>36</sup> Čl. I bod 10. zákona č. 161/1993 Sb.

<sup>37</sup> Čl. II bod 9. zákona č. 161/1993 Sb.

<sup>38</sup> Čl. II bod 12. zákona č. 161/1993 Sb.

<sup>39</sup> Zákon č. 161/1993 Sb.

**Tabulka 3.2**

<b>Před 1.7.1993</b>	<b>Po 1.7.1993</b>
náhrady výdajů, které vznikly s výkonem zaměstnání	náhrady výdajů, které vznikly s výkonem zaměstnání
náhrady škody	náhrady škody
náhrada mzdy, pokud zaměstnanec vykonával civilní službu či službu v ozbrojených silách	náhrada mzdy, pokud zaměstnanec vykonával civilní službu či službu v ozbrojených silách
příjmy z občasného zaměstnání	odstupné a odchodné
	věrnostní plnění, popřípadě plnění stabilizační povahy
	naturální požitky, mimo naturální mzdu
	odměny vyplacené podle zákona o vynálezech, průmyslových vzorech a zlepšovacích návrzích

**Zdroj:** Čl. II bod 1 zákona č. 161/1993 Sb., §3 odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb. a vlastní zpracování

### **3. Změny od roku 1994 do roku 1998**

Zákonem č. 324/1993 Sb., který nabyt účinnosti 1.1.1994, se doplňuje zákon č. 592/1992 Sb. Mění se VZ u osob, za které je plátcem pojištění stát, kdy z **předchozích 77% klesá na 65%** minimální mzdy. Zálohy je OSVČ povinná splatit do **8. dne kalendářního** měsíce následujícího po měsíci, za který platí pojistné. Před novelou byly zálohy splatné dopředu, a to vždy **do 20. dne měsíce** předcházejícího měsíci, za který platí pojistné. Změna také uvádí, že OSVČ, za kterou je plátcem pojistného i stát, a která zahajuje svou činnost, **nemusí v prvním roce** podnikání hradit zálohy na zdravotní pojištění. Pojištění tedy uhradí doplatkem.<sup>40</sup>

K nezapočitatelným příjmům do VZ zaměstnanců se dle zákona

č. 324/1993 Sb. čl. II bodu 4 přidávají „příjmy, které byly zaměstnanci poskytnuty za dobu před vznikem zdravotního pojištění“ a dle zákona č. 42/1994 § 52 i), o penzijním připojištění se státním příspěvkem a o změnách některých zákonů souvisejících s jeho zavedením, se přidává

<sup>40</sup> Zákon č. 324/1993 Sb.

„částka, kterou zaměstnavatel ze svých prostředků platí penzijnímu fondu na penzijní připojištění se státním příspěvkem svých zaměstnanců.“

V roce 1995 začíná platit **zákon č. 59/1995 Sb.**, který je účinný od 1.5.1995 a opět upravuje oba hlavní předpisy o zdravotním pojištění. Změny v zákoně č. 550/1991 Sb. uvedu, pro lepší přehlednost, pouze okrajově. Nově je zde přesně vymezeno, kdo se pro účely zdravotního pojištění, považuje za OSVČ a zaměstnavatele, jsou zde rozšířeny povinnosti pojištěnce a stanoveno, že pojištěnci mohou svou zdravotní pojišťovnu měnit pouze jednou do roka.

Podstatnějšími změnami jsou změny v zákoně č. 592/1992 Sb., kdy některé ovlivňují VZ a tím také výši placeného pojistného. Znova se mění položky nezapočitatelné do VZ zaměstnanců. Poslední úpravu těchto položek upravuje

### Tabulka 3.2 .

Od roku 1995 zde zůstávají pouze náhrady výdajů, náhrady škod, odměny dle zákona o vynálezech a hodnota poskytnutých nepeněžních plnění.<sup>41</sup> Také jsou zde definovány příjmy, které se dále **zahrnují do VZ** zaměstnance a jsou to náhrady mzdy, odměny za pracovní pohotovost, plnění věrnostní nebo stabilizační povahy, plnění poskytnutá k životnímu jubileu.<sup>42</sup>

U každého takto definovaného příjmu jsou uvedeny výjimky, které uvádí Příloha č. 1 mé práce.

Zaměstnanec, za kterého je plátcem pojistného i stát, má VZ stanoven jako částku přesahující 77% minimální mzdy a v tomto případě neplatí minimální VZ. Minimální VZ dále neplatí pro osoby s těžkým zdravotním pojištěním dle předpisů o sociálním pojištění, osoby, které dosáhly důchodového věku, ale které nesplňují další podmínky pro přiznání důchodu, osoby,

---

<sup>41</sup> Zákon č. 59/1995 Sb.

<sup>42</sup> Čl. II bod 2. zákona č. 59/1995 Sb.

pečující celodenně osobně a řádně o dítě a osoby, které vedle zaměstnání provozují samostatnou výdělečnou činnost odvádí-li zálohy na pojistné.

OSVČ, za kterou je plátcem pojistného i stát má VZ stanoven jako 35% částky, která přesahuje po odpočtu výdajů 12násobek 77% minimální mzdy. Tyto skutečnosti však musí trvat celé rozhodné období.

OSVČ, která je zároveň zaměstnancem a jejíž SVČ není hlavním zdrojem jejích příjmů, nemusí hradit zálohy na pojistné, pojistné doplatí formou doplatku do 8 dnů po podání daňového přiznání za předchozí rok.<sup>43</sup>

Dne 1.7.1996 nabyl účinnosti zákon č. 149/1996 Sb., ve kterém bylo provedeno jen několik úprav zákonů o zdravotním pojištění. Zaměstnanci, za kterého platí současně pojistné i stát, se mění **VZ z částky přesahující 77% min. mzdy** na částku přesahující **80% minimální mzdy**. Obdobně se u OSVČ **nahrazuje 35% z částky přesahující, po odpočtu výdajů, 12násobek 77% min. mzdy** 35 procenty z částky, která po odpočtu výdajů **přesahuje 12násobek 80% minimální mzdy**. 80% minimální mzdy je částka VZ u osob, za které je plátcem pojistného stát.<sup>44</sup> **V roce 1996 se mění minimální mzda z 2200 Kč na 2500 Kč.**

Zákon č. 550/1991 Sb. byl v roce 1997 nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, který nabyl účinnosti 1.4.1997. Tento zákon, stejně jako zákon předchozí, vymezuje pojištěnce, pojistné a práva a povinnosti plátců a pojištěnců. Mimo tato ustanovení určuje také rozsah a podmínky, které musí být splněny, při hrazení zdravotní péče ze zdravotního pojištění a stanovuje způsob určení cen za léky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se hradí ze zdravotního pojištění.<sup>45</sup>

V roce 1998 proběhla pouze malá úprava ve vyměřovacím základu pojištěnců, za které hradí pojistné stát z 80% minimální mzdy se změnil na pevnou částku 2900 Kč.<sup>46</sup>

**Po celou dobu trvání veřejného zdravotního pojištění od roku 1993 do roku 1998, je zdravotního pojištění 13,5% a zaokrouhluje se na celé koruny nahoru.<sup>47</sup>**

---

<sup>43</sup> Zákon č. 59/1995 Sb.

<sup>44</sup> Zákon č. 149/1996 Sb.

<sup>45</sup> Zákon č. 48/1997 Sb.

<sup>46</sup> Zákon č. 127/1998 Sb.

Vývoj minimálních mezd, které jsou podstatné pro výpočet vyměřovacích základů pojištěnců zobrazuje Tabulka 3.3.

**Tabulka 3.3**

<b>Rok</b>	<b>Částka v Kč</b>
1993	2 200
1994	2 200
1995	2 200
1996	2 500
1997	2 500
1998	2 650
1999	3 250

**Zdroj: ČSÚ a vlastní zpracování**

### ***3.4 Vývoj zdravotního pojištění od roku 2000 až do současnosti***

Obdobně jako v předchozí podkapitole zde rozeberu změny zdravotního pojištění od roku 2000 do roku 2013. Popis změn se bude týkat především zákonů 592/1992 Sb. a 48/1997 Sb.

#### **1. Změny v letech 2000-2005**

Rok 2000 přinesl do systému zdravotního pojištění jen nepatrné změny. Nově se pro účely zdravotního pojištění za zaměstnance v pracovním poměru, mimo jiné, považuje i Veřejný

---

<sup>47</sup> Zákon č. 592/1992 Sb.

ochránce práv a jeho zástupce.<sup>48</sup> Dále se za příjmy zúčtované zaměstnavatelem zaměstnanci pro účely pojistného na zdravotní pojištění považují mzdové nároky zaměstnanců vyplacené úřadem práce při platební neschopnosti zaměstnavatele.<sup>49</sup>

V roce 2001 se v souvislosti s přijetím zákona o krajích a obcích novelizovaly některé zákony. V rámci zdravotního pojištění se upravil §5 a) bod 7 zákona č. 48/1997 Sb. a zní: „Pro účely zdravotního pojištění se za zaměstnance v pracovním poměru dále považují: členové zastupitelstev územních samosprávných celků, jestliže jsou jim vypláceny odměny jako členům zastupitelstev územních samosprávných celků, kteří tyto funkce vykonávají jako uvolnění.“

VZ u osob, za které je plátcem pojištění stát se zvýšil z částky 2900 Kč na částku 3250 Kč.<sup>50</sup>

Od roku 2002 je plátcem pojistného pojištěnec, který má v ČR trvalý pobyt, není pro účely zdravotního pojištění zaměstnancem ani OSVČ a současně za něj neplatí pojistné stát. Vyměřovacím základem u OBZP je minimální mzda.<sup>51</sup> V roce 2003 se rozšířil okruh pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát o osoby, které vykonávají dlouhodobou dobrovolnickou službu v rozsahu alespoň 20 h týdně, pokud tyto osoby nejsou zaměstnanci, OSVČ, OBZP nebo za ně, z jiného důvodu, již stát pojistné neplatí.<sup>52</sup>

Rok 2004 přinesl, oproti rokům předcházejícím rozsáhlejší změny ve zdravotním pojištění.

Za plátce pojistného z titulu zaměstnance se nově považují členové Rady pro rozhlasové a televizní vysílání, finanční arbitr, zástupce finančního arbitra a dále osoby, které jsou v pracovním vztahu, který byl uzavřen dle cizích právních předpisů. Osoba, která uzavřela pracovní vztah podle cizích právních předpisů má VZ stanoven jako úhrn příjmů, které mu zúčtoval zaměstnavatel v souvislosti s tímto pracovním vztahem, kdy mu tento vztah zakládá účast na nemocenském pojištění.<sup>53</sup>

VZ u OSVČ se mění z 35 % na 40 % příjmů z podnikání před rokem 2004, 45 % příjmů z podnikání v roce 2004 a pro roky 2005 a 2006 50 % příjmů z podnikání po odpočtu výdajů..

---

<sup>48</sup> Zákon č. 18/2000 Sb.

<sup>49</sup> Zákon č. 118/2000 Sb.

<sup>50</sup> Zákon č. 138/2001 Sb.

<sup>51</sup> Zákon č. 176/2002 Sb.

<sup>52</sup> Zákon č. 198/2002 Sb.

<sup>53</sup> Zákon č. 424/2003 Sb.

Minimální VZ OSVČ se mění z 12násobku minimální mzdy na 12násobek „ 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok o dva roky předcházející roku, pro který je VZ stanovován“. „Je-li osobou samostatně výdělečně činnou osoba, za kterou je plátcem pojistného i stát, je u ní vyměřovacím základem před rokem 2004, 40 % částky v roce 2004, 45 % částky v roce 2005 a od roku 2006 50 % částky přesahující po odpočtu výdajů vynaložených na dosažení, zajištění a udržení příjmu dvanáctinásobek 77% minimální mzdy.“<sup>54</sup>

Cizinec, který má oprávnění k pobytu v ČR z důvodu poskytnutí dočasné ochrany a který nemá příjmy ze zaměstnání či SVČ patří nově mezi státní pojištěnce.<sup>55</sup> Dále byl rozšířen okruh plátců pojistného z titulu zaměstnance o osoby, konající činnost mandátáře<sup>56</sup> a o poslance Evropského parlamentu, kteří byli zvoleni na území ČR.<sup>57</sup>

Posledním rokem této podkapitoly je rok 2005. V tomto roce byl opět rozšířen okruh plátců pojistného z titulu zaměstnance a osob, za které je plátcem pojistného stát. Plátcem pojistného z titulu zaměstnanců jsou nově pěstouni, vykonávající pěstounskou péči v zařízeních, které jsou pro tuto péči určeny nebo pěstouni, kteří pobírají za tuto činnost odměnu.<sup>58</sup> Osobami, za které je plátcem pojistného stát jsou žadatelé o udělení azylu, cizinci s vízem k pobytu nad 90 dnů a jejich děti narozené na území, nemají-li příjmy ze zaměstnání nebo ze SVČ.<sup>59</sup>

## **2. Změny v letech 2006 - 2013**

**V roce 2006** byly provedeny změny ve vyměřovacích základech osob, za které je plátcem pojištění stát a OSVČ. Vyměřovacím základem u osob, za které je plátcem pojistného stát, je 25 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Poslední úprava před touto změnou určovala VZ u těchto osob jako částku 3250 Kč. U OSVČ je minimálním vyměřovacím základem 12násobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Zde změna spočívá ve výpočtu této průměrné měsíční mzdy. Ta se dle Čl. II bodu 1 zákona

---

<sup>54</sup> Čl. I body 1,2,3 zákona č. 455/2003 Sb.

<sup>55</sup> Zákon č. 222/2003 Sb.

<sup>56</sup> Zákon č. 425/2003 Sb.

<sup>57</sup> Zákon č. 359/2004 Sb.

<sup>58</sup> Zákon č. 168/2005 Sb.

<sup>59</sup> Zákon č. 350/2005 Sb.



č. 117/2006 Sb. vypočte takto „**součin všeobecného VZ** stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění **za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku**, pro který se průměrná mzda zjišťuje, a **přepočítacího koeficientu** stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění pro úpravu tohoto všeobecného VZ.“

Pro upřesnění uvedu v Tabulce 3.4 přehled všeobecných vyměřovacích základů, přepočítacích koeficientů a průměrných mezd v letech 2006-2013. Všeobecný VZ a přepočítací koeficient jsou v tabulce zadány tak, aby odpovídaly zákonu, tudíž pro rok 2007 jsou tyto údaje zjištěny z roku 2005, pro rok 2008 z roku 2006 atd.

**Tabulka 3.4**

<b>Rok</b>	<b>Všeobecný VZ v Kč</b>	<b>Přepočítací koeficient</b>	<b>Průměrná mzda pro uvedený rok v Kč</b>
Od 1.4.2006	17 882	1,0532	18 834
2007	18 809	1,0707	20 139
2008	20 050	1,0753	21 560
2009	21 527	1,0942	23 555
2010	23 280	1,0184	23 709
2011	24 091	1,0269	24 740
2012	24 526	1,0249	25 137
2013	25 093	1,0315	25 884

Zdroje: Zákony č. 414/2005 Sb., č. 462/2006 Sb., č. 257/2007 Sb., č. 365/2008 Sb., č. 339/2009 Sb., č. 283/2010 Sb., č. 286/2011 Sb. a č.324/2012 Sb. a vlastní výpočty

**Rok 2007** přinesl další změnu v příjmech zahrnovaných do VZ zaměstnanců. Od poslední změny těchto příjmů, která proběhla v roce 1995 (Viz. podkapitola 3.3.), se jejich počet rozšířil ze 4 na 6 a jsou to náhrada škody, odstupné, věcnostní přírůstek horníků, odměny dle zákona o vynálezech, výpomoc zaměstnanci k překlenutí obtížného období z důvodu mimořádné situace, plnění po skončení zaměstnání, jsou-li poskytnutá k životnímu jubileu.<sup>60</sup>

<sup>60</sup> Zákon č. 264/2006 Sb.

Zásadnější změny byly provedeny **v roce 2008**, kdy došlo ke zrušení vazby zdravotního pojištění na pojištění nemocenské. VZ zaměstnanců již není úhrn příjmů, které zakládají účast na nemocenském pojištění, zúčtovaných zaměstnavatelem zaměstnanci, ale jsou to příjmy, zúčtované zaměstnavatelem, které jsou předmětem daně z příjmu a nejsou osvobozeny od této daně. Při určování, kdo je, pro účely zdravotního pojištění, zaměstnancem se již neužívá výčet jednotlivých případů, ale odkazuje se na zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů.

Nově byl zaveden maximální VZ pro zaměstnance a je stanoven jako 48násobek průměrné mzdy. Pokud tento základ mzda zaměstnance překročí, neplatí zaměstnanec ani zaměstnavatel pojistné z překročené částky. Upraven byl také maximální VZ OSVČ z původní částky 486 000 Kč na 48násobek průměrné mzdy což je částka 1 034 880 Kč. Dále OSVČ nemusí podávat pojišťovně Přehled o příjmech a výdajích do 8 dnů od podání daňového přiznání, jak tomu bylo doposud, novým termínem je 30 dní od podání daňového přiznání.<sup>61</sup>

Důležitou změnou jak pro lékaře tak pro občany bylo zavedení regulačních poplatků. Tyto poplatky jsou vybírány zdravotnickými zařízeními a jsou hodnot 30,60 a 90 Kč. Částku 30 Kč hradí pacient např. při návštěvě praktického či jiného lékaře a za vydání léčivého přípravku, částku 60 Kč uhradí pacient za každý den v nemocničním zařízení a částku 90 Kč za pohotovostní službu. V roce 2011 se částka za pobyt v nemocnici zvýšila na 100 Kč.<sup>62</sup>

**V roce 2009** proběhlo pouze pár změn v zákonech o zdravotním pojištění a není nutné je pro účely této práce uvádět. **Rok 2010** přinesl změnu pouze ve vyměřovacím základu osob, za které je plátcem pojistného stát a u maximálního VZ OSVČ a zaměstnanců. Vyměřovacím základem u osob, za které je plátcem pojistného stát je částka 5 355 Kč. Maximálním vyměřovacím základem u OSVČ a zaměstnanců je 72násobek průměrné mzdy oproti minulém 48násobku průměrné mzdy.<sup>63</sup>

**Na přelomu roku 2011 a 2012** vznikají nové povinnosti plátcům pojistného OSVČ musí doplatit doplatek pojistného do 8 dnů ode dne, ve kterém měla podat Přehled o příjmech a výdajích zdravotní pojišťovně. Tento přehled je povinna doložit do 30 dnů od podání

---

<sup>61</sup> Zákon č. 260/2007 Sb.

<sup>62</sup> Zákon č. 261/2007 Sb.

<sup>63</sup> Zákon č. 362/2009 Sb.

daňového priznání k dani z příjmů fyzických osob. Při poslední úpravě tohoto termínu v roce 1997 byla OSVČ povinna tento doplatek uhradit současně s daňovým priznáním.<sup>64</sup>

Ustanovení, které povoluje změnit zdravotní pojišťovnu jen jednou za 12 měsíců, a to vždy k 1.dni kalendářního čtvrtletí, se v roce 2012 pozměnilo tak, že je možné změnit zdravotní pojišťovnu jednou za 12 měsíců avšak vždy k 1. lednu následujícího kalendářního roku.<sup>65</sup>

Je-li zaměstnanec činný na základě dohody o provedení práce a jeho mzda bude vyšší než 10 000 Kč, podléhá zdravotnímu pojištění a zároveň je zaměstnavatel povinen přihlásit tohoto zaměstnance k příslušné zdravotní pojišťovně.<sup>66</sup>

**Rok 2013** přináší zrušení maximálního VZ zaměstnanců a OSVČ, toto ustanovení je v této chvíli platné pro roky 2013-2015. Znamená to, že ať už je poplatník OSVČ nebo zaměstnanec, bude platit zdravotní pojištění ze svých skutečných příjmů bez omezení horní hranicí.<sup>67</sup>

**Po celé zmapované období je výše zdravotního pojištění pro všechny plátce 13,5 %.**

Do budoucna se pro rok 2015 plánuje změna sazby zdravotního pojištění. Zaměstnanci bude určena sazba 6,5 %, OSVČ také 6,5 % a pro OBZP a státní pojištěnce zůstane sazba ve výši 13,5 %.<sup>68</sup> Dále bude povinné využití Jednotného inkasního místa, kde budou lidé odevzdávat dohromady formuláře pro daně, zdravotní i sociální pojištění.

Vývoj minimálních mezd, které jsou podstatné pro výpočet vyměřovacích základů pojištěnců zobrazuje Tabulka 3.5.

---

<sup>64</sup> Zákon č. 138/2011 Sb.

<sup>65</sup> Zákon č. 298/2011 Sb.

<sup>66</sup> Zákon č. 365/2011 Sb.

<sup>67</sup> Zákon č. 500/2012 Sb.

<sup>68</sup> Zákon č. 458/2011 Sb.

**Tabulka 3.5**

<b>Rok</b>	<b>Částka</b>
2000	4 000
	4 500
2001	5 000
2002	5 700
2003	6 200
2004	6 700
2005	7 185
2006	7 570
	7 955
2007 - 2013	8 000

**Zdroj: ČSÚ a vlastní zpracování**

## 4. ANALÝZA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Zdravotní pojištění nám umožňuje poskytnutí zdravotní péče, která je důležitá pro zachování našeho zdravotního stavu a kvality života. Proto, aby byla péče co nejkvalitnější a nemuseli jsme se bát, že nám z finančních důvodů nebude poskytnuta, je zapotřebí zajistit její financování co nejlépe. V následující kapitole zanalyzují, jak je rozložena úhrada zdravotní péče v naší republice, srovnám náš systém zdravotního pojištění s dalšími zeměmi a následně navrhnou způsob, jak by se mohl systém úhrady zdravotní péče v naší republice pozměnit, aby byly zdroje na tuto péči zvýšeny a co nejefektivněji využívány.

### 4.1 *Analýza výdajů na zdravotní péči v ČR*

V naší republice je dle posledního sčítání lidu v roce 2011 zhruba 10,5 milionů obyvatel, z toho 7,3 milionů jsou obyvatelé v produktivním věku a 1,6 milionů jsou obyvatelé věku důchodového. Přičemž počet narozených dětí v roce 2011 byl pouhých 108 000 novorozenců a porodnost v posledních letech stále klesá. S touto statistikou se zanedlouho může stát, že v ČR bude v budoucnu více obyvatel v důchodovém věku, než ve věku produktivním. Tato situace nabízí otázku, z čeho budeme za pár let hradit svou lékařskou péči? Odpovědí může být celá řada. Můžeme nějakým způsobem zajistit větší touhu žen být matkou v brzkém věku, ale kdo se nechá do takového rozhodnutí nutit? Nebo vymyslet nový, lepší způsob jak ušetřit peníze z vybraného zdravotního pojištění a navrhnout lepší systém zdravotního pojištění i péče samotné?

Výdaje na zdravotní péči se neustále zvyšují, stále se objevují nové a nové technologie pro naši zdravotní péči. Tyto technologie s sebou přinášejí kvalitnější zdravotní péči, avšak abychom této péči dosáhli, musíme také vynaložit vyšších výdajů na jejich pořízení a provoz.

V Grafu 4.1 jsou zobrazeny výdaje na zdravotní péči v ČR za rok 2011. Veškeré statistické údaje v této kapitole budou uváděny za roky 2010 a 2011, jelikož objektivní údaje za uplynulý rok 2012 doposud nebyly zjištěny.

Graf 4.1



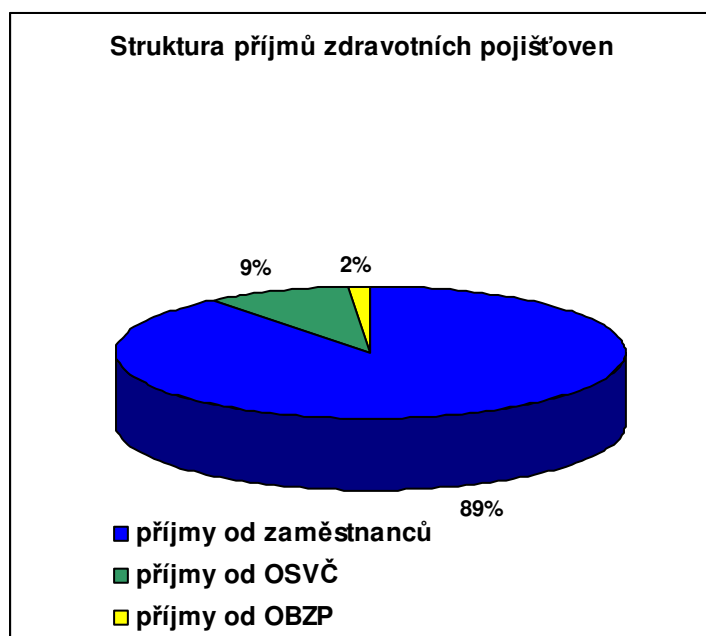
**Zdroj:** Zdravotnická ročenka ČR 2011 a vlastní zpracování

V grafu můžeme vidět rozložení výdajů z hlediska zdrojů jejich úhrady. Je zřejmé, že převážná většina těchto výdajů, tedy 79 % což odpovídá částce 225 547 mil. Kč, je kryta z veřejného zdravotního pojištění. Přičemž příjmy do z veřejného zdravotního pojištění se, díky demografickým faktorům neustále snižují. V roce 2011 celkové příjmy do systému zdravotního pojištění přinesly 220 391 mil. Kč a tudíž ve výsledku je systém zdravotního pojištění **v mínusu o 5 156 mil. Kč**. Soukromé zdroje pokryly 15 % výdajů v částce 46 162 mil. Kč. Další výdaje byly kryty ze státních a územních rozpočtů, tyto zdroje dosahují výše 6 % z celkových výdajů na zdravotní péči, což je 16 863 mil. Kč. V rámci schodku v systému veřejného zdravotního pojištění, je zapotřebí zvýšit procento úhrady zdravotní péče především ze soukromých zdrojů, jelikož prostředky ze státních a územních rozpočtů se neustále snižují. Toto procento lze zvýšit vyšší spoluúčastí pacientů na zdravotní péči, nebo zavedením soukromého pojistného pro určité obory zdravotnictví. Zvýšení příjmů veřejného zdravotního pojištění může také zajistit např. větší zaměstnanost. Pokud bude více obyvatel zaměstnáno, budou jak zaměstnavatelé, tak zaměstnanci přinášet do systému zdravotního pojištění více peněz, než člověk nezaměstnaný, který platbou pojistného zatěžuje státní rozpočet. V roce 2011 zaplatil stát za nevýdělečné pojištěnce 52,7 miliard Kč. Zdravotní pojištění je úzce vázáno na ekonomiku země a uvedené výdaje představují 7,51 % podílu na

HDP ( dále jen hrubý domácí produkt). Čím více výdajů na zdravotní péči země vydá, tím více se investuje do zdravotnictví a kvalita péče se zvyšuje. Tato úměra však platí do výše asi 10 % podílu výdajů na HDP, vyšší procento již nemusí znamenat lepší a dostupnější zdravotní péči. V následující podkapitole 3.2. *Systémy zdravotního pojištění v některých státech EU* provedu srovnání tohoto procenta s jinými státy.<sup>69</sup>

Zdravotní pojišťovny mají příjmy ze zdravotního pojištění od různých plátců, strukturu těchto příjmů zachycuje Graf 4.2.

Graf 4.2



Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2011 a vlastní zpracování

Z grafu lze vyvodit, že největší podíl na úhradě zdravotního pojištění mají osoby v pracovním poměru, tento podíl představuje částku 150 008 mil. Kč. Odvod pojistného OSVČ je 9 %, což odpovídá částce 15 047 mil. Kč a příjmy od OBZP představují 2 % v částce 2 527 mil. Kč.

Aby se tato struktura změnila, bylo by dobré pomoci OSVČ k větším výdělkům, což mohou zajistit např. dotace z Evropských fondů na rozvoj drobných podnikatelů.

Celkové příjmy pojišťoven činily 219 482 mil. Kč, z toho byly tržby z pojistného 167 582 mil. Kč. Výdaje zdravotních pojišťoven celkem činily 225 547 mil. Kč, z toho výdaje na zdravotní péči byly v částce 217 653 mil. Kč. Rozdíl mezi příjmy, které pocházejí

<sup>69</sup> Zdravotnická ročenka ČR 2011

z přijatých plateb za pojistné a výdaji za zdravotní péči způsobuje **schodek 7 894 mil. Kč**. Proto i zde můžeme vidět, že příjmy na pokrytí zdravotní péče nejsou dostatečné. Dle mého názoru však nelze tento schodek řešit úsporou výdajů na zdravotní péči, jelikož by došlo ke snížení kvality lékařské péče. Hledaly by se způsoby jak ušetřit za náklady na léky, na mzdy zaměstnanců lékařských zařízení, použité materiály atd., což by mohlo vést až ke zhoršení zdravotního stavu pacientů.

Kvalita zdravotní péče se neustále zvyšuje, díky tomu se lidé dožívají vyššího věku a tím pádem rostou i náklady na péči o starší obyvatele. Ucelený přehled o tom, jak věk ovlivňuje náklady pojišťoven na zdravotní péči jednotlivců, podává Tabulka 4.1.

**Tabulka 4.1**

<b>Věk</b>	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>	<b>Průměr</b>
<b>0-4</b>	<i>15 987</i>	<i>12 598</i>	<b>14 293</b>
<b>5-9</b>	<i>9 102</i>	<i>7 342</i>	<b>8 222</b>
<b>10-14</b>	<i>8 883</i>	<i>9 571</i>	<b>9 227</b>
<b>15-19</b>	<i>8 037</i>	<i>9 959</i>	<b>8 998</b>
<b>20-24</b>	<i>6 871</i>	<i>9 858</i>	<b>8 365</b>
<b>25-29</b>	<i>8 246</i>	<i>14 449</i>	<b>11 348</b>
<b>30-34</b>	<i>9 175</i>	<i>16 678</i>	<b>12 927</b>
<b>35-39</b>	<i>9 779</i>	<i>13 348</i>	<b>11 564</b>
<b>50-44</b>	<i>13 683</i>	<i>15 678</i>	<b>14 681</b>
<b>45-49</b>	<i>14 330</i>	<i>17 178</i>	<b>15 754</b>
<b>50-54</b>	<i>22 364</i>	<i>23 971</i>	<b>23 168</b>
<b>55-59</b>	<i>27 176</i>	<i>24 767</i>	<b>25 972</b>
<b>60-64</b>	<i>38 321</i>	<i>28 374</i>	<b>33 348</b>
<b>65-69</b>	<i>43 593</i>	<i>38 499</i>	<b>41 046</b>
<b>70-74</b>	<i>51 113</i>	<i>44 924</i>	<b>48 019</b>
<b>75-79</b>	<i>58 577</i>	<i>47 507</i>	<b>53 042</b>
<b>80-84</b>	<i>58 814</i>	<i>50 350</i>	<b>54 582</b>
<b>85+</b>	<i>56 108</i>	<i>55 365</i>	<b>55 737</b>

**Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2011 a vlastní zpracování**



V tabulce můžeme vidět různé věkové struktury pojištěnců od narození až po úmrtí. Je zřejmé, že největší náklady na zdravotní péči vynaloží pojišťovny za osoby důchodového věku a děti. Osoby v produktivním věku se drží přibližně ve stejné výši nákladů. Z hlediska pohlaví vynaloží zdravotní pojišťovny více prostředků na zdravotní péči mužů, v průměru 25 565 Kč za osobu ročně. Na zdravotní péči žen pojišťovny vynaloží 24 467 Kč na osobu za rok. Tato situace se z hlediska věku zásadně ovlivnit nedá, malé děti musí navštěvovat lékaře častěji, pro kontrolu správného vývoje a starší lidé mají s přibývajícím věkem stále více zdravotních problémů. Nabízí se tedy možnost snížit náklady z hlediska pohlaví např. motivovat ženy k chození na pravidelné prohlídky na gynekologii, aby předešly závažným onemocněním a nevznikly tudíž náklady na drahou léčbu.

## ***4.2 Systémy zdravotního pojištění v některých zemích EU***

### **4.2.1 Systém zdravotního pojištění ve Velké Británii**

Zdravotní péče ve Velké Británii (dále jen VB) je zajišťována systémem veřejného zdravotnictví tzv. „Národní zdravotnickou službou“ (National Health Service-NHS), která zajišťuje zdravotní péči obyvatelstvu s trvalým pobytem na území VB. Za NHS odpovídá ministerstvo zdravotnictví. **Zdravotní péče je hrazená především z daní.** Malou měrou se na úhradě zdravotní péče podílí také národní zdravotní pojištění a jiné zdroje úhrad, jako jsou spoluúčasti pacientů na úhradě péče či soukromá zdravotní pojištění. Spoluúčast pacientů na úhradě zdravotní péče je ve VB minimální, většina osob, ať už dlouhodobě nemocní, nezaměstnaní či občané staršího věku, je od spoluúčasti na úhradě osvobozena. Pacienti převážně doplácí za stomatologické zákroky a za recepty. Soukromé zdravotní pojištění si zřizují hlavně pacienti, kteří vyžadují nadstandardní péči např. privátní pokoj v nemocnici, kdy jim tento náklad soukromé pojištění pokryje.

Národní pojištění je ze zákona povinné pro zaměstnance a OSVČ starší 16let, přičemž tyto osoby hradí příspěvek na národní pojištění až do dosažení určité výše příjmů. Výše úhrady je rozdělena do čtyř tříd. Je-li pojištěnec zaměstnancem přestává hradit příspěvky na pojištění po dosažení důchodového věku, je-li pojištěnec OSVČ přestává hradit příspěvky 2. třídy po dosažení důchodového věku a příspěvky 4. třídy po roce od dosažení důchodového věku.

První třídou plateb na národní pojištění se řídí zaměstnanci, v rámci limitů, které znázorňuje Tabulka 4.2, hradí svou část pojištění z hrubé mzdy. Druhou část, ve výši 13,8 % z hrubé mzdy, hradí zaměstnavatel.

**Tabulka 4.2**

<b>Hrubý příjem za týden</b>	<b>Platba do národního pojištění</b>
146 £ - 817 £	12 % z rozdílu těchto částek
818 £ a vyšší	2 % z příjmů nad 818 £

**Zdroj: [www.hmrc.gov.uk](http://www.hmrc.gov.uk) a vlastní úprava**

Do druhé a čtvrté třídy spadají OSVČ. Ve 2. třídě platí OSVČ paušálně 2,65 £ týdně a zároveň ve 4. třídě hradí procenta ze zdanitelného zisku. Ze zisku od 7 605 £ do 42 475 £ platí 9 % a další 2 % ze zisků nad tuto částku. Pokud je zisk OSVČ pod úrovní 5 595 £, neplatí příspěvky 2. třídy.

Třída č. 3 zahrnuje dobrovolné příspěvky do národního pojištění, jež platí osoby, které nemají dostatečný příjem pro úhradu v 1., 2. či 4. třídě, ale chtějí, aby jim v případě potřeby byly uhrazeny zdravotní a sociální služby (srovnatelné s OBZP).<sup>70</sup>

Zdravotní služba je řízena na dvou úrovních, v první úrovni je zde deset regionálních správ a v úrovni druhé okresní zdravotní správy. Tyto instituce spravují zdravotní péči pro místní obyvatele dle příslušnosti k okresu či regionu, provozují nemocnice i primární péči. Primární péči zajišťují praktičtí lékaři, kteří jsou soukromými podnikateli a provozují praxi na základě smlouvy s NHS. Každý občan VB si může zvolit svého praktického lékaře, který vždy doporučí pacienta k sekundární péči, kterou je návštěva specialisty. Ambulance specialistů jsou součástí nemocničního zařízení, které buď zřizuje NHS a návštěva je tedy pokryta z rozpočtu, nebo může pacient navštívit soukromá zdravotnická zařízení, ve kterých si však péči uhradí ze soukromého zdravotního pojištění.<sup>71</sup>

<sup>70</sup> [www.hmrc.gov.uk](http://www.hmrc.gov.uk)

<sup>71</sup> Vepřek (2002)

#### 4.2.2 Systém zdravotního pojištění ve Francii

Zdravotní systém ve Francii (dále jen FR) je založen na principu zajištění potřebné péče všem pacientům, bez ohledu na jejich příjmy. Všeobecné zdravotní zabezpečení je zajišťováno na úrovni třech fondů. Nejvýše postaveným fondem je Národní zdravotní pojišťovna, která poskytuje pojištění zaměstnancům a jejich rodinným příslušníkům a zajišťuje fungování systému. Dalším fondem je Regionální pojišťovna, která zajišťuje zdravotní péči individuálně dle potřeb regionů a Místní pojišťovny, které zajišťují vyplacení částek na pokrytí zdravotní péče.

**Zdravotní péče ve FR je hrazena z povinného zdravotního pojištění (které spadá do sociálního zabezpečení), ze státního rozpočtu a spoluúčasti občanů.** Přičemž, každá osoba, která navštíví lékaře, si návštěvu zaplatí na místě ze svého a péče je jí poté zpětně proplacena místní pojišťovnou. Pacienti si hradí také spoluúčast, aby tato spoluúčast byla pokryta a nemuseli ji hradit z vlastních zdrojů, zřizují si mnohdy soukromá zdravotní pojištění, která jsou dobrovolná. Pacienti mohou využít buď komerčních ziskových zdravotních pojišťoven či vzájemných pojišťoven, které jsou neziskovými organizacemi. Některé spotřební daně ve FR patří také do kategorie zdrojů na úhradu zdravotní péče jsou to např. daň z alkoholu a tabákových výrobků.<sup>72</sup>

Pacienti si mohou svobodně zvolit svého ošetřujícího lékaře, který je vždy odesílá k dalším specialistům. Aby se zabránilo zneužívání veřejných rozpočtů zdravotního pojištění, jsou zde nastaveny sankce za návštěvu specialisty, bez předchozí domluvy s ošetřujícím lékařem. Pokud pacient navštíví specialistu bez doporučení je mu zpětně vyplacena nižší část nákladů, které při návštěvě lékaře zaplatil.

---

<sup>72</sup> Vepřek (2002)

Je-li osoba žijící ve FR zaměstnána, odvádí ze svého platu na povinné zdravotní pojištění 0,75 %, dalších 12,8 % odvádí zaměstnavatel. Další povinnou platbou je tzv. „Všeobecný sociální příspěvek“ (dále jen CSG), který hradí všichni obyvatelé FR. Jedná se o placenou daň do státního rozpočtu, sazby této daně jsou uvedeny v následující Tabulce 4.3.

**Tabulka 4.3**

<b>Příjmy z pracovní činnosti</b>	7,5
<b>Investiční příjmy a příjmy ze zděděného majetku</b>	8,2
<b>Příjmy z her</b>	9,5
<b>Náhrady (důchody, podpory v nezaměstnanosti)</b>	6,2 – 6,6

**Zdroj:** Fond starobní solidarity dostupné z <http://www.fsv.fr/recettes-csg.html> a vlastní zpracování

#### **4.2.3 Systém zdravotního pojištění na Slovensku**

Systém zdravotního pojištění na Slovensku (dále jen SR) je založen na podobném principu jako u nás, kdy je **zdravotní péče financována především z povinného zdravotního pojištění**. Dalšími zdroji pro úhradu zdravotní péče jsou daně a v malé míře i soukromé zdravotní pojištění. Úhrada zdravotní péče je zajišťována třemi zdravotními pojišťovnami, které se nazývají DÔVERA, Union a Všeobecná zdravotná poisťovňa. U těchto pojišťoven se mohou slovenští občané nechat pojistit a stejně jako my mají možnost svobodné volby. Princip návštěvy lékaře je velmi podobný jako u nás, občan vlastní kartu pojištěnce a po ošetření pojišťovna proplatí lékaři jeho služby.

Existuje zde povinné veřejné zdravotní pojištění a dobrovolné veřejné zdravotní pojištění. Povinné pojistné platí stejně jako u nás pro zaměstnance, zaměstnavatele a OSVČ. Dobrovolné veřejné zdravotní pojištění je zde pro osoby dobrovolně nezaměstnané, které si musí hradit zdravotní pojištění samy (obdoba OBZP). Soukromé pojištění si mohou obyvatelé

zřídít buď pro úhradu zdravotní péče např. doplatky u stomatologa, nadstandard v nemocnici a nebo pro vyplacení pojistného plnění při úrazech a různých onemocněních.<sup>73</sup>

Sazby pojistného na zdravotní pojištění na Slovensku pro rok 2013 uvádí Tabulka 4.4.

**Tabulka 4.4**

<b>Zaměstnanec</b>	4
<b>Zaměstnanec se zdravotním postižením</b>	2
<b>Dobrovolně nezaměstnaný</b>	14
<b>Dobrovolně nezaměstnaný s postižením</b>	7
<b>Dobrovolně nezaměstnaný, který je zároveň zaměstnancem či státním pojištěncem</b>	14
<b>Dobrovolně nezaměstnaný, který je zároveň zaměstnancem či státním pojištěncem a má zdravotní postižení</b>	7
<b>Zaměstnavatel za zaměstnance</b>	10
<b>Zaměstnavatel za zaměstnance se zdravotním postižením</b>	5

**Zdroj:** <http://www.finance.sk/dane/informacie/mzda-zdravotne-poistenie/sadzba/> a vlastní zpracování

#### **4.2.4 Ekonomické srovnání zdrojů krytí zdravotní péče mezi jednotlivými státy**

Aby byly údaje srovnatelné jsou uváděny v jednotce \$ v paritě kupní síly (dále jen PKS), která (zjednodušeně) přepočítává poměr cenových hladin v různých státech, aby byly shodné a tudíž srovnatelné.

Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP ve **VB je 9,6 %**. Celkové náklady na zdravotní péči za rok 2010 jsou 3 433 \$ v paritě kupní síly (dále jen \$ v PKS – jednotka pro srovnání s ostatními systémy). Z čehož 83,2 % úhrady pochází ze státního systému úhrady zdravotní

---

<sup>73</sup> portál poistenie.cz (2013)

péče, toto procento odpovídá 2 856 \$ v PKS, 108 \$ v PKS pokrývá soukromé pojištění, 306 \$ v PKS náleží spoluúčasti pacientů a zbytek 127 \$ v PKS jsou ostatní drobné zdroje.

Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP **ve FR je 11,6 %**. Celkové náklady na zdravotní péči za rok 2010 jsou 3974 \$ v PKS. Z čehož převážná většina těchto výdajů, v částce 2 913 \$ v PKS, je kryta z veřejného sociálního fondu. Další výdaje jsou hrazeny v částkách 544 \$ v PKS ze soukromého pojištění, 148 \$ v PKS ze státního rozpočtu, 290 \$ v PKS ze spoluúčasti pacientů a 72 \$ v PKS financují ostatní zdroje.

Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP **ve SR je 9 %**. Celkové náklady na zdravotní péči za rok 2010 jsou 2 096 \$ v PKS. Hlavním zdrojem pro úhradu zdravotní péče je zdravotní pojištění v částce 1 219 \$ v PKS, dalším zdrojem pak jsou úhrady státu ve výši 132 \$ v PKS, spoluúčast pacientů pokrývá 542 \$ v PKS a ostatní zdroje jsou ve výši 202 \$ v PKS. V roce 2010 je na Slovensku úhrada zdravotní péče ze soukromého zdravotního pojištění obyvatel nulová.

Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP **v ČR je 7,51 %**. Celkové náklady na zdravotní péči v PKS jsou u nás za rok 2010 1 884 \$. Zákonné zdravotní pojištění pokrývá 1 430 \$ v PKS, soukromé zdravotní pojištění 3 \$, stát kryje 148 \$ v PKS, spoluúčast pacientů je ve výši 280 \$ v PKS a z ostatních zdrojů je hrazeno 23 \$ v PKS.<sup>74</sup>

Státy, jejichž systémy úhrady zdravotní péče jsou zde popsány, byly vybrány záměrně a to z důvodu jejich odlišností. Systém úhrady ve VB je založen především na státním rozpočtu, systém FR na úhradě obyvatel a systém SR je založen na všeobecném zdravotním pojištění. Z výsledků ekonomického srovnání těchto systémů je jasné, že, z pohledu HDP, naše země vydává nejméně prostředků na své zdravotnictví, avšak i přesto si myslím, že kvalita naší zdravotní péče je na velmi vysoké úrovni. Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP ve FR je na vysoké úrovni, avšak čím více se toto procento zvyšuje, tím dražší je zdravotní péče. Obecně je systém zdravotnictví ve FR vnímán jako nejlepší. Převážná většina francouzů si hradí soukromé zdravotní pojištění, které zvyšuje příjmy do rozpočtů na úhradu péče, tímto

---

<sup>74</sup> OECD Health Data 2010, dostupné na <http://stats.oecd.org/>

způsobem se zachovává úroveň zdravotní péče a tudíž nejsou ochuzeni lidé, kteří nemají prostředky na zajištění soukromého zdravotního pojištění. Možnost zaplatit si nadstandardní péči se již uzákonila i u nás, takže jsme na dobré cestě ke zlepšení finanční situace ve zdravotnictví.

Systém ve VB sice zajišťuje svým občanům bezplatnou péči, ale pacienti, kteří nemají možnost sjednat si soukromé zdravotní pojištění, jsou omezováni výběrem lékaře, specialisty či zdravotnického zařízení. Není zde motivace pro zlepšování péče, jelikož zde neexistuje konkurence mezi lékaři a zdravotnickými zařízeními, specialisté mají ambulance ve státních nemocnicích, kde je péče hrazená rozpočtem a tudíž na stejné úrovni pro všechny.

Vzhledem k tomu, že je systém financován ze státního rozpočtu, který musí zabezpečit i jiné rezorty, nejsou finance na zdravotní péči dostatečné. To se projevuje např. nedostatkem lékařů, nedostatečným počtem nemocničních lůžek a dlouhou čekací lhůtou na zákroky.

Tento systém je ve VB již mnoho let, ale přináší velké problémy a finanční ztráty, proto si myslím, že je pro obyvatele lepší systém FR a ČR.

Jelikož je systém SR nastaven podobně jako ten náš, budu zde hodnotit finanční rozdíly mezi našimi státy. Úroveň výdajů, které jsou kryty z veřejného zdravotního pojištění, státem a ostatními zdroji je zhruba na stejné úrovni v obou státech, rozdíly se však najdou na úrovni soukromého zdravotního pojištění. U nás soukromé zdravotní pojištění v roce 2010 pokrývalo 8 % z výdajů na zdravotní pojištění, na Slovensku ve stejné době prakticky neexistovalo. Rozdíl je také v tom, že od roku 2008 hradíme regulační poplatky, na Slovensku tato forma spoluúčasti není zavedena. To může mít za následek rozdíl 262 \$ v PKS na výdajích, které jsou hrazeny spoluúčastí. Zavedení regulačních poplatků mohlo ovlivnit návštěvnost českých ordinací a zapříčinit tak nízkou hladinu výdajů, které jsou kryty spoluúčastí pacientů.

Celková ztráta našeho zdravotnického systému se pohybuje okolo 197 mil. €, SR má schodek kolem 200 mil. €, z toho vyplývá, že naše země hospodaří o něco lépe s prostředky na úhradu zdravotní péče.

### **4.3 Návrh řešení současného systému zdravotního pojištění**

Systém solidárního zdravotního pojištění, který je u nás v současnosti nastaven není dokonalý, ale zajišťuje zdravotní péči všem svým občanům. Není proto zapotřebí jej celý změnit, ale pouze poupravit, aby zdroje, které do něj přicházejí byly efektivněji využívány s cílem snížení nákladů a zamezení plýtvání.

V současnosti je naše zdravotní pojištění nastaveno spíše jako daň, kterou hradí občané ze svých příjmů, následně je péče hrazena všem, kteří ji potřebují. Toto by se ale mělo změnit, jelikož tímto způsobem dochází k plýtvání už tak nízkými zdroji. Lidé vůbec nepřemýšlejí nad náklady, které úhrada jejich péče obnáší a dochází tak ke zneužívání prostředků. Solidární systém totiž umožňuje úhradu zdravotní péče i osobám, které neplatí zdravotní pojištění nebo vyhledávají zdravotní péči, i když to není vůbec nutné. Situace je taková, že se lidé, kteří vydělávají a poctivě odvádějí částky zdravotního pojištění, cítí poškozeni.

Takovému zneužívání systému by mohl zabránit systém dvou úrovní zdravotního pojištění.

V úrovni první, by se platilo zdravotní pojištění z příjmů, tak jak jsme zvyklí, avšak sazba by se poněkud snížila. V úrovni druhé, by měl každý pracující občan možnost zřídit si u pojišťovny svůj účet, na který by zasílal peněžní prostředky. Ty by byly využívány na úhradu jeho péče. Klient by měl náhled na svůj účet a měl by tedy přehled o výdajích na svou léčbu, zároveň by byl motivován k tomu, aby lékaře navštívil opravdu jen když je to nezbytně nutné. Pokud by jeho náklady na zdravotní péči přesáhly výši peněžních prostředků na jeho účtu, byl by rozdíl hrazen z veřejného zdravotního pojištění na první úrovni. Toto veřejné zdravotní pojištění by, za přispění státního rozpočtu, pokrývalo péči za osoby nevýdělečně činné, důchodce, studenty atd.

Bylo by také přínosem, zavést plnou volbu zdravotnického zařízení či lékaře. Pacient by tedy neměl možnost nechat se ošetřit pouze v zařízeních, se kterými má pojišťovna smlouvu, ale rozhodl by se dle svého uvážení. Zavedení volby by přispělo ke zlepšení úrovně zdravotní péče. Občané by více přemýšleli o tom, kde utratí své peníze a zdravotnická zařízení by měla motivaci ke zkvalitňování péče, aby získala pacienty.

Ceny za zákroky by však musely být nastaveny státem, jinak by mohlo dojít k nadceňování některých výkonů a nejenom, že by se brzy vyčerpaly zdroje pro sociálně slabé a nemocné, ale někteří občané by ani nemuseli mít tak vysoké prostředky na úhradu zdravotní péče.



Pojišťovna by měla být zavedena pouze jedna. Ušetřily by se prostředky, které pojišťovny doposud vydávají na svou propagaci, aby měly více klientů. Preventivní programy, výdaje na nabízené vitamíny, internetové stránky či bonusy za registraci stojí pojišťovny miliony korun, které se mohou využít ve zdravotnictví lepším způsobem. Dále by se zavedením jedné pojišťovny usnadnila administrativa lékařům, nemocnicím i pacientům, jelikož by všechny požadavky, ať už na platby či úhrady, směřovaly na jedno místo, jako je tomu třeba i u sociálního pojištění. Pokud pacienti platí ze svých příjmů stejnou procentní část, měli by dostat také stejnou zdravotní péči a zavedení jedné zdravotní pojišťovny by jistě toto spravedlivé rozdělení umožnilo. Pacienti by měli stejné čekací lhůty na zákroky a pojišťovna by hradila zákroky ve stejné výši. Dnes je tomu tak, že pojišťovny proplácejí zákroky dle zákona a pokud chtějí více klientů, nabízejí hrazení zákroků ve vyšší než zákonné výši. Tím se dostávají do finančních problémů a tyto ztráty kompenzují opět na pacientech, formou tvrdšího vymáhání pohledávek. Pacient by musel přecházet z jedné zdravotní pojišťovny na druhou, snad každým rokem, aby plně využil možnosti na trhu. Příklad fungování systému jedné zdravotní pojišťovny si můžeme vzít z Francie, kde péči zajišťuje Národní zdravotní pojišťovna a několik odborných pojišťoven pro určité skupiny oborů. K Národní zdravotní pojišťovně jsou automaticky přiřazeni zaměstnanci a jejich rodinní příslušníci, což usnadňuje výběr zdravotní pojišťovny. Tento systém úspěšně funguje, jelikož zdravotnictví Francie patří k nejlepším na světě. Pojišťovny vykazují vysoké náklady a nízké příjmy, jsou neustále v záporných číslech, jelikož špatně hospodaří. Hospodaření jedné státní pojišťovny může být průhlednější a výnosnější, což může pomoci ke zvyšování úrovně zdravotnictví.

Jistě by finanční situaci našeho zdravotnictví mohl pomoci i stát. Může např. prostřednictvím zvýšení nabídky rekvalifikačních kurzů pomoci nezaměstnaným lidem najít práci, kdy sice vynaloží prostředky na organizaci kurzů, ale pokud si účastníci najdou zaměstnání, náklady na zdravotní pojištění i ostatní náklady na tyto osoby se sníží. Mimo to, začnou hradit zdravotní pojištění a tím zvyšovat všeobecný rozpočet. Nezaměstnaní však nebudou mít kde pracovat, když se nezajistí podpora zaměstnavatelů. Možným způsobem je např. zajištění dotací z Evropských fondů pro rozvoj drobných podnikatelů, kteří by jejich prostřednictvím mohli rozvinout svou nabídku, zvýšit zisky a zaměstnat více pracovníků.

Velkým přínosem by jistě bylo i zvýšení informovanosti občanů o prevenci. Je možné zavést pozvánky k preventivním prohlídkám, jako je tomu dnes při očkování. Tím by se předcházelo mnohým vážným onemocněním a tudíž vysokým nákladům na léčbu. Dále by bylo možné

zavést příspěvky na pomůcky pro odvykání kouření. Aby se, pro tyto účely, nečerpaly zdroje z všeobecného zdravotního pojištění, bylo by možné po vzoru Francie odvádět některé prostředky na tyto výdaje ze spotřební daně z tabákových výrobků.

Ze systému Francie si můžeme vzít více příkladů, jak zlepšit finanční situaci v našem zdravotnictví. Ve Francii přispívají formou daně CSG na zdravotnictví všichni občané, ať už osoby výdělečně činné, či osoby, které se nacházejí v důchodu nebo ti, kteří přijímají podporu v nezaměstnanosti. Zavedením obdoby této daně, by se zvýšily zdroje na financování zdravotní péče i u nás. Ve Velké Británii je situace taková, že je zdravotní pojištění hrazeno především z daní, u nás by se musely daně výrazně zvýšit, aby bylo možné využívat takový systém. Takové zvýšení daní, aby bylo pokryto zdravotní pojištění, by jistě nikomu neprospělo. Ze systému zdravotnictví Velké Británie můžeme využít ustanovení, že každý občan má svého praktického lékaře, který jej doporučí k prohlídce u specialisty, jinak pacient specialistu ve většině případů navštívit nemůže. Pokud by takové ustanovení fungovalo i u nás, zabránilo by se zbytečným návštěvám lékařů, čemuž u nás mělo zabránit stanovení regulačních poplatků.

V posledních letech se u nás uskutečnily některé změny v systému zdravotního pojištění, které již pomohly k zamezení neefektivního využívání zdrojů. Zavedení regulačních poplatků u lékařů a v nemocnicích, v roce 2008, byl dobrý způsob, jak zvýšit spoluúčast pacientů na úhradě zdravotní péče. Zejména zavedení 100 Kč za denní pobyt v nemocnici je zcela v pořádku, když si uvědomíme, kolik nás běžně stojí strava na jeden den mimo nemocnici. Další změnou je např. zvýšení motivace zdravotnických zařízení, zavedením možnosti příplatku za kvalifikovanějšího lékaře či nadstandardní péče.

Upravit náš systém zdravotního pojištění, tak aby pokryl veškeré výdaje na zdravotní péči, by jistě zabralo několik let, ne-li desetiletí. O zdokonalení systémů zdravotního pojištění usilují snad všechny vyspělé státy, ale vymyslet ten správný způsob není jednoduché.

Možností jak zvýšit finanční prostředky ke krytí zdravotní péče je mnoho, některé jsou však jen těžko proveditelné. Ať už systém upravíme jakkoli, vždy bude někdo v konečném důsledku nespokojen. Občané, kteří musí vydávat stále více prostředků na úhradu péče, stát ze stejného důvodu nebo lékaři, kterým se snižují platy.

## 5. ZÁVĚR

Zadáním bakalářské práce byla problematika zdravotního pojištění v České republice. V první části byl zachycen princip zdravotního pojištění, tedy vysvětlení, jak zdravotní pojištění funguje a koho se týká. Dále byla provedena analýza zdravotního pojištění a zmapování jeho vývoje. Cílem práce byla analýza a návrh jak zlepšit systém zdravotního pojištění v České republice.

V rámci vývoje zdravotního pojištění jsme zjistili, že po celou dobu trvání systému zdravotního pojištění se sazba daně 13,5 % z vyměřovacího základu nezměnila, měnily se pouze vyměřovací základy samotné. Minimální mzda, jež je minimálním vyměřovacím základem zaměstnance se zvyšovala pravidelně až do roku 2007, proto se měnila i výše uhrazeného zdravotního pojištění. Minimální vyměřovací základ u OSVČ se pohyboval od 35 % do dnešních 50 % z příjmů ze samostatné výdělečné činnosti, které byly sníženy o náklady na zajištění a udržení příjmů (dnes dílčí základ daně). Měnily se také maximální vyměřovací základy u všech pojištěnců, avšak pro letošní a následující roky byly zrušeny. Do budoucna se počítá s první úpravou sazby od roku 1993, a to u zaměstnanců, kteří budou hradit ze svého o 2 % více než doposud a také u OSVČ, kterým se platba sníží na 6,5 % z vyměřovacího základu. V poslední kapitole, kde byly rozebrány zdroje krytí zdravotní péče, jsme zjistili, že je zdravotní pojištění hrazeno převážně zaměstnanci, proto úmysl navýšit sazbu zdravotního pojištění zaměstnancům jistě povede k navýšení zdrojů pro úhradu zdravotní péče.

Při analýze výdajů na zdravotní péči bylo zjištěno, že vyšší výdaje na úhradu zdravotní péče vyžadují děti, starší občané a více muži než ženy. Náklady jsou pokryty převážně ze zdravotního pojištění, protože v České republice je nízká spoluúčast pacientů. Proto bychom si mohli vzít příklad z francouzského systému zdravotního pojištění, kde je spoluúčast pacientů na úhradě zdravotního pojištění mnohonásobně vyšší než u nás. Aby byly finanční zdroje na úhradu péče dostatečné, je zapotřebí, aby bylo dostatek plátců pojistného. V poslední době však osob v produktivním věku ubývá a náklady na zdravotní péči se zvyšují. Proto byl v poslední kapitole vytvořen návrh jak vylepšit náš systém zdravotního pojištění a tím i zvýšit prostředky na úhradu zdravotní péče. Návrh je založen na principu dvou úrovní úhrady zdravotního pojištění, na existenci jedné zdravotní pojišťovny, na zvyšování preventivních opatření, ale také je inspirován systémy Francie a Velké Británie. Cíl práce se tedy podařilo naplnit.

## Seznam použité literatury

### Odborné knihy

ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady*. 3. vyd. Olomouc: Anag, 2011. 167 s. ISBN 978-80-7263-644-0.

ČERVINKA, Tomáš. *Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením, důchodců, mladistvých a studentů, absolventů škol, žen a dalších kategorií*. 4. vyd. Olomouc: Anag c2009. 205s. IBSN 978-80-7263-529-0.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Abeceda mzdové účetní 2012*. 22. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. 573 s. ISBN 978-80-7263-716-4.

VANČUROVÁ, Alena a Stanislav KLAZAR. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*. 2. vyd. Praha: Aspi, 2008. 121 s. ISBN 978-80-7357-381-2.

VEPŘEK, Jaromír, VEPŘEK, Pavel a Jaroslav JANDA. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*, 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 229 s. ISBN 80-247-0347-5.

VYBÍHAL, Václav a kol. *Mzdové účetnictví 2012*. 15. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 446 s. ISBN 978-80-247-4101-7.

### Legislativa

Zákon č. 550/1991 Sb., ze dne 6. prosince 1991, o všeobecném zdravotním pojištění. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-550/zneni-0>.

Zákon č. 592/1992 Sb., ze dne 20. listopadu 1992, o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592>.

Zákon č. 48/1997 Sb., ze dne 7. března 1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>.

Zákon č. 10/1993 Sb., ze dne 19. prosince 1992, o státním rozpočtu České republiky na rok 1993, o změně a doplnění některých zákonů České národní rady a některých dalších předpisů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-10>.

Zákon č. 161/1993 Sb., ze dne 19. května 1993, o změnách ve všeobecném zdravotním pojištění a o změnách a doplnění některých dalších zákonů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-161>.

Zákon č. 324/1993 Sb., ze dne 3. prosince 1993, kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů a v úplném znění č. 295/1993 Sb., a zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ve znění předpisů a v úplném znění č. 296/1993 Sb. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-324>.

Zákon č. 42/1994 Sb., ze dne 16. února 1994, o penzijním připojištění se státním příspěvkem a o změnách některých zákonů souvisejících s jeho zavedením. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1994-42>.

Zákon č. 59/1995 Sb., ze dne 17. března 1995, kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-59>.

Zákon č. 127/1998 Sb., ze dne 19. května 1998, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-127>.

Zákon č.18/2000 Sb., ze dne 12. ledna 2000, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o Veřejném ochránci práv. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-18>.

Zákon č. 118/2000 Sb., ze dne 6. dubna 2000, o ochraně zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele a o změně některých zákonů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-118>.

Zákon č. 138/2001 Sb., ze dne 28. března 2001, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-138>.

Zákon č. 176/2002 Sb., ze dne 9. dubna 2002, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-176>.

Zákon č. 198/2002 Sb., ze dne 24. dubna 2002, o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-198>.

Zákon č. 424/2003 Sb., ze dne 6. listopadu 2003, kterým se mění zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. Dostupný z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-424>.

Zákon č. 455/2003 Sb., ze dne 8. listopadu 2003, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-455>.

Zákon č. 168/2005 Sb., ze dne 23. března 2005, kterým se mění zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-168>.

Zákon č. 350/2005 Sb., ze dne 5. srpna 2005, kterým se mění zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-350>.

Zákon č. 117/2006 Sb., ze dne 14. března 2006, kterým se mění některé zákony v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-117>.

Zákon č. 261/2007 Sb., ze dne 19. září 2007, o stabilizaci veřejných rozpočtů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-261>.

Zákon č. 362/2009 Sb., ze dne 5. října 2009, kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-362>.

Zákon č. 365/2008 Sb., ze dne 22. září 2008, kterým se pro účely důchodového pojištění stanoví výše všeobecného vyměřovacího základu za rok 2007 a výše přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2007 a upravují částky pro stanovení výpočtového základu. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-365>.

Zákon č. 138/2011, ze dne 27. dubna 2011, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-138>.

Zákon č. 365/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011, kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-365>.

Zákon č. 458/2011 Sb., ze dne 20. prosince 2011, o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-458>.

Zákon č. 500/2012 Sb., ze dne 19. prosince 2012, o změně daňových, pojistných a dalších zákonů v souvislosti se snižováním schodků veřejných rozpočtů. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-500>.

## Elektronické zdroje

ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. ČPZP: *Za koho platí pojistné stát* [online]. [2009]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/73-0-za-koho-plati-pojistne-stat.html>.

VEŘEJNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. VZP: *Výroční zprávy, Ročenky a Zdravotně pojistné plány* [online]. [2013]. Dostupné z: <http://vzp.cz/o-nas/dokumenty>.

VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. VOZP: *Vývoj počtu pojištěnců* [online]. [2013]. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/tiskovy-servis/vyvoj-poctu-pojistencu/>.

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA. ZP MVCR: *Historie ZP MV ČR* [online]. [2013]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistovna-211/historie-zp-mv-cr/>.

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ. OZP: *Pojistné plány* [online]. [2013]. Dostupné z: [http://www.ozp.cz/index.php?pojistne\\_plany](http://www.ozp.cz/index.php?pojistne_plany).

REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. RBP ZP: *Zdravotně pojistné plány* [online]. [2013]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/o-nas/zdravotne-pojistny-plan/>.

ZAMĚSTNANECKÁ POJIŠŤOVNA ŠKODA. ZPŠ: *Zdravotně pojistné plány* [online]. [2013]. Dostupné z: <http://www.zpskoda.cz/o-nas/zdravotne-pojistne-plany>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ČSÚ: *Vývoj minimální mzdy od jejího zavedení v roce 1991* [online]. [2013]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/cz/cr\\_1989\\_ts/1313.pdf](http://www.czso.cz/cz/cr_1989_ts/1313.pdf).

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. ÚZIS: *Zdravotnická ročenka České republiky*. 2011. s. 260.

Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>. ISSN: 1210-9991.



VLÁDA VELKÉ BRITÁNIE. *National Insurance - the basics* [online]. [2013]. Dostupné z: <http://www.hmrc.gov.uk/ni/intro/basics.htm>.

FOND SOCIÁLNÍ SOLIDARITY. *La Contribution Sociale Généralisée* [online]. [2013]. Dostupné z: <http://www.fsv.fr/recettes-csg.html>.

*Zdravotné poistenie* [online]. [2013]. Dostupné z: <http://www.poistenie.sk/zdravotne-poistenie>.

*Sadzba poistného na zdravotné poistenie* [online]. [2013]. Dostupné z: <http://www.finance.sk/dane/informacie/mzda-zdravotne-poistenie/sadzba/>.

Organizace pro evropskou hospodářskou spolupráci. oecd: *Health Expenditure and Financing: Function x Financing* [online]. [2010]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>.

## Seznam zkratek

ZP	Zdravotní pojištění
Sb.	Sbírka
ČR	Česká republika
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
SVČ	Samostatná výdělečná činnost
OBZP	Osoba bez zdanitelných příjmů
VZ	Vyměřovací základ
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
VOZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
ZPMV CR	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
RBP	Revírní bratrská pokladna
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
ČSÚ	Český statistický úřad
HDP	Hrubý domácí produkt
EU	Evropská unie
VB	Velká Británie
NHS	Národní zdravotnická služba
FR	Francie
CSG	Všeobecný sociální příspěvek
SR	Slovenská republika
PKS	Parita kupní síly
OECD	Organizace pro evropskou hospodářskou spolupráci

## **Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce**

Prohlašuji že,

- jsem byla seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, bakalářskou práci užít (§ 35 odst.3);
- souhlasím s tím, že bakalářská práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího bakalářské práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o bakalářské práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, bakalářskou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše)

V Ostravě dne 10.5.2013



.....  
Michaela Grošaftová

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1    Přehled o příjmech a výdajích OSVČ za rok 2012

Příloha č. 2    Příjmy zahrnované do vyměřovacího základu zaměstnanců po novelizaci  
v roce 1995